

PROTOCOLLO DI EMERGENZA
N° ~~724~~ 725 DEL 24/03/23
USCITA PEC

Gent.mo Dott. Fabrizio Russo

Oggetto: Rettifica date conferimento incarico docenza Corso di Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa , Progetto FM DSC 11 22 (FORMAN2023TP c.d.C. 03010701 AUT.SPESA 100/20223

A parziale rettifica della nota prot. 0001608 del 07/02/2023, relativa alla docenza nell'ambito del V modulo "Gestione e valutazione delle risorse umane" dei **Corsi di Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa (I e II edizione) – sede Trapani**, Progetti FM DSC 10 22 e FM D5C 11 22 (FORMAN2022TP c.d.C. 03010701 AUT. SPESA 100/2022), tenuto conto della sua comunicazione di sopraggiunta indisponibilità per lo svolgimento della docenza prevista nel giorno 27 marzo 2023, l'incarico di docenza per complessive n. 20 ore si intende conferito nelle giornate del **23 gennaio e 6 marzo** per la I edizione del corso e nelle giornate del **13 febbraio e 28 marzo 2023** per la II edizione del corso. Entrambe le attività si svolgeranno presso l'Azienda Sanitaria provinciale di Trapani, Palazzo Ulivo - Cittadella della Salute.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro 100,00 (cento/00) ogni ora effettiva di docenza, per un totale complessivo di € 2.000,00 (duemila/00) al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde ai numeri 0934 505342, e che la responsabile del corso, Dott.ssa Ilenia Parenti parenti@cefpas.it è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Ilenia Parenti

Responsabile del Procedimento

Maria Daniela Falconeri

Dirigente Servizio
Programmazione e Formazione

Il/la sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000) dichiara di avere preso visione del codice di comportamento del CEFPAS, adottato ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs 30/3/2001, n. 165 pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente

DICHIARA

1. di non incorrere nelle cause di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 8/4/13, n. 39, attuativo dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190;
2. di non incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs 165/2001;
3. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi al mantenimento dell'incarico (art. 20 D.Lgs 39/2013);
4. di impegnarsi a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale (nel caso di durata dell'incarico superiore ad un anno).
5. di essere dipendente di Ente Pubblico:
 - ENTE : _____
 - INDIRIZZO _____ n. _____
 - CAP _____ CITTA' _____

ovvero

- di non essere dipendente di Ente Pubblico
6. di essere dipendente pubblico esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, essendo l'attività formativa da espletare rivolta a dipendenti della PA, in base al comma 6, lett. f-bis art. 53 del D.lgs. 165/2001. Dichiaro, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo.
 - di essere dipendente di ente pubblico e di essere in possesso di autorizzazione formale da parte dell'Ente di appartenenza, e di inviare la stessa entro e non oltre entro 5 giorni dalla conclusione dell'attività formativa consapevole che in assenza di formale autorizzazione questo Centro non potrà procedere al pagamento della prestazione.
 7. In conformità all'art. 3.3 del Reg. Applicativo Accordo Stato-Regione del 5/11/ 2009 sul Conflitto di Interessi ed in relazione al presente incarico per conto del CEFPAS – ID provider n. 428, consapevole che l'AGENAS può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della PA, di avere avuto negli ultimi due anni rapporti collaborazione e/o finanziamenti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:
 - Si** (se sì, indicare quali) _____
 - No**
 8. che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/1972

ovvero

- che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

Il sottoscritto dichiara, altresì che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti/Tutor sono rispondenti al vero.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 autorizza, altresì, il CEFPAS a trattare, pubblicare e diffondere dati e informazioni contenuti nei sopra citati documenti per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa.

Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel Regolamento del Cefpas per il conferimento di incarichi.

Data _____

Firma _____

(Per la regolarità delle dichiarazioni autocertificative andrà allegata **copia di valido documento di riconoscimento**)