

Gent.ma Dott.ssa Luisa **Savoca**

e p.c. Area funzionale Risorse umane

Oggetto: conferimento incarico refereee Corso di **Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa** - Progetti FM DSC 10 22 e FM DSC 11 22 - e Corso di **Ricertificazione** dell'Attestato di Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa – Progetto FM RC 07 22, sede **Trapani**

Si conferisce l'incarico di tutorship di n. 10 project work elaborati dai partecipanti al **Corso di Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa** - Progetti FM DSC 10 22 e FM DSC 11 22 - e al Corso di **Ricertificazione dell'Attestato di Formazione Manageriale per Direttori di Struttura Complessa** - Progetto FM RC 07 22, (FORMAN2023 TP c.d.C. 03010701 AUT.SPESA 100/2023) in svolgimento presso la sede dell'ASP di **Trapani**, dal mese di novembre 2022 al mese di maggio 2023.

Tale attività di Referee, svolta attraverso strumenti telematici, prevede revisioni/valutazioni del progetto fino alla versione dell'elaborato rispondente ai requisiti minimi indicati.

Il compenso è fissato in euro 78,00 (settantotto/00) per un totale complessivo di € 780,00 (settecentottanta/00) al lordo delle ritenute di legge a Suo carico, in quanto dette attività vengono svolte al di fuori dell'orario di lavoro. La corresponsione del compenso, ai fini dell'ammissione all'esame del candidato da Lei supportato, comprende la formale approvazione del progetto, fornendo l'apposita scheda di valutazione compilata e firmata.

La presente nota, sottoscritta per accettazione dell'incarico, potrà essere restituita brevi manu.

Cordiali saluti.

Maria Daniela **Falconeri**
Dirigente Medico



Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro



Per accettazione dell'incarico previsto nella presente lettera per il periodo sopra indicato. Il/la sottoscritto/a dichiara che svolgerà le attività:

- al di fuori dell'orario di lavoro
- entro l'orario di lavoro

(data e firma) _____

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 inconferibilità 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 1-4, 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. Dichiara, 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:
 Sì (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)



Curriculum Vitae: Luisa Savoca

Cognome:	Savoca
Nome:	Luisa
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Economia e commercio
Ambito:	Management e modelli organizzativi
Ruolo Professionale:	Dirigente amministrativo presso l'U.O.C. "Stato giuridico, programmazione e acquisizione Risorse Umane" ASP di Palermo
Esperienza Professionale.:	Esperta nell'ambito della formazione Manageriale per Direttore generale, sanitario, amministrativo e dipendente per aziende sanitarie Sono stata Componente dell'Organismo regionale per valutazione e misurazione delle performance del personale dipendente del servizio sanitario regionale Valutatore progetti di organizzazione sanitaria .redazione del budget
Esperienze Didattico Formativa:	1-3
Ambito:	Formazione e sviluppo
Ruolo Professionale:	Referente del sistema di educazione continua in medicina per la Regione siciliana . Componente della Commissione regionale ECM.
Esperienza Professionale.:	Dal 2011 gestione del sistema ECM regionale e consulenza per i provider ECM; - responsabile del procedimento amministrativo concernente l'istruttoria degli aspiranti provider ECM ; - Regionale la formazione continua; dal 2019 Ispettore provider ECM
Esperienze Didattico Formativa:	4-5