

Dott.ssa Giulia **Maggiore**Egr. Dr. Alessandro **Svettini**

Le conferiamo l'incarico di discussant nel giorno 5 Luglio 2023, nell'ambito del Convegno *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale* che si terrà al CEFPAS nella stessa data (codice A07722 CDC 03010701).

Il suddetto incarico, a titolo gratuito, Le viene attribuito nella qualità di Presidente SIRP Sicilia (Prot. 4561 - 11/05/2023), e vista la sua iscrizione all'Albo permanente del CEFPAS, come previsto dal Regolamento recante disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione del CEFPAS pubblicato nel sito web dell'Ente www.cefpas.it e al quale si fa espresso rinvio. Il CEFPAS fornirà un lunch presso la sua struttura e provvederà al rimborso delle eventuali spese di viaggio.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, dovrà restituire, a mezzo e - mail, entro 7 giorni precedenti l'inizio dell'incarico, la presente lettera debitamente compilata e firmata, selezionando le voci di interesse, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione (vedi di seguito *Dichiarazione normativa anticorruzione*). Qualora sia dipendente di ente pubblico, e non sia esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, il conferimento di incarico sarà da intendersi perfezionato ed espletabile unicamente previa acquisizione di apposita autorizzazione allo stesso da parte della sua amministrazione di appartenenza, nel rispetto dell'art. 53 del D.Lgs 165/2001 e ss.mm.ed.ii. e salve le esclusioni previste dalla medesima normativa (v. di seguito *punto 6*).

La invitiamo a consultare, per ogni ulteriore evenienza gli allegati alla presente (A, B, C, D, E) e curarne la compilazione per la parte di interesse.

Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante le eventuali spese di cui si chiede il rimborso. La liquidazione del relativo corrispettivo avverrà, previa verifica dell'esistenza e correttezza dei profili autorizzativi dove previsti e dell'esecuzione e buon esito dell'incarico, entro 60 giorni dalla data di registrazione al protocollo del suddetto documento contabile.

La informiamo che la lezione che terrà potrà essere registrata e fruita in modalità asincrona dagli iscritti al corso. In questo caso, considerando che i suoi dati anagrafici e curriculari sono oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale del CEFPAS nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 33/2013, la preghiamo di tener presente che i dati personali e le informazioni registrate nel corso della lezione potranno essere visualizzate dai partecipanti alle attività formative anche in modalità asincrona, oltre che dal personale del CEFPAS autorizzato. Il Trattamento avrà come oggetto la registrazione della lezione, la sua conservazione per il periodo massimo di cinque anni, compatibilmente con l'attualità dei contenuti, e la comunicazione dei dati ai destinatari suddetti nonché la cancellazione della registrazione al termine del periodo di conservazione. Il titolare del trattamento è il CEFPAS (i cui dati di contatto sono indicati in calce) e il DPO è contattabile all'indirizzo dpo@cefpas.it. Lei avrà comunque il diritto di richiedere la rettifica degli eventuali dati errati.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione la responsabile del corso, Dott.ssa Giulia Maggiore, maggiore@cefpas.it è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.


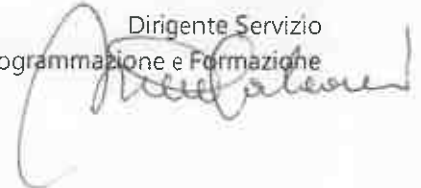
Giulia Maggiore

Responsabile del Procedimento

Maria Daniela **Falconeri**

Dirigente Servizio

Programmazione e Formazione

**Roberto Sanfilippo**
Direttore del Centro

Il sottoscritto 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 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**)



Curriculum Vitae: Alessandro Svetтини

Cognome:	Svetтини
Nome:	Alessandro
Collaboratori:	NO
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Medicina e Chirurgia
Titolo Studio 2:	Specializzazione
Dettaglio Titolo Studio 2:	Psichiatria e Psicoterapia
Ambito:	Psichiatria
Ruolo Professionale:	Direttore UOC Salute Mentale modulo dipartimentale AG 1 Dipartimento Salute Mentale Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Medico psichiatra presso SPDC Bolzano , SPDC Sciacca, SPDC Agrigento, CSM Val Gardena e Val Sarentino Serv Psich BZ , Ambulatorio di Psichiatria Generale e di Legame Serv Psich BZ, Ambulatorio di eccellenza per l'ADHD nell' adulto Serv Psich BZ, Day Hospital Psichiatrico Serv Psich BZ,
Esperienza Professionale:	dal Marzo 2023 a tutt'oggi dal 1999 a tutt'oggi
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Riabilitazione Psicosociale
Ruolo Professionale:	Responsabile Medico Centro di Riabilitazione Psichiatrica Servizio Psichiatrico Comprensorio Sanitario di Bolzano Responsabile Medico Comunita' Terapeutica Assistita "Dr. G. Gatto" modulo AG1 DSM ASP AG Presidente sezione Sicilia della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale
Esperienza Professionale:	dal 2003 al 2013 responsabile medico progetti terapeutico-riabilitativo residenziali e semiresidenziali utenti con patologie e disabilita' psichiatriche gravi e persistenti dall'Aprile 2023 a tutt'oggi responsabile medico progetti terapeutico-riabilitativo residenziali e semiresidenziali utenti con patologie e disabilita' psichiatriche gravi e persistenti Dall' Ottobre 2022 a tutt'oggi
Esperienze Didattico Formativa:	>12

