

Dott. **Tindaro Impellizzeri**

Le conferiamo l'incarico di istruttore BLS AHA per complessive n. 8 ore, giorno 19 luglio 2023, relativamente al corso "Supporto Vitale di Base - BLS" nell'ambito del percorso di formazione all'esercizio dell'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 – MEST 2023-2024 (Codice corso MEST2023 - Abbrev. corso MEST23_BLS1 - CdC 03010603 – Autorizzazione di spesa 60/2023)), che avrà luogo presso il CEFPAS di Caltanissetta.

Il suddetto incarico Le viene attribuito in qualità di Istruttore AHA allineato al Centro di Formazione Internazionale AHA del CEFPAS (ITC AHA ID # ZZ21339).

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto è fissato in euro 75,00 (settantacinque/00) per ogni ora effettiva di attività di istruttore, per un totale di euro 600,00 (seicento/00), al lordo delle ritenute di legge a Suo carico, in relazione all'articolazione della didattica esperienziale in stazioni pratiche di simulazione, parallele multiple, nelle quali i partecipanti vengono suddivisi in piccoli gruppi, che lavorano simultaneamente ed in relazione alla strutturazione e complessità delle attrezzature utilizzate. La corresponsione del compenso comprende la formulazione della prova di valutazione e di apprendimento nonché la verifica degli elaborati in caso di prove a risposte aperte e/o dei risultati della prova pratica, il ripristino delle sale di simulazione e/o delle skill station.

Si precisa che l'incarico sarà soggetto ai controlli ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/1973 e successivamente disciplinato dal D.M. 18/1/2008 n. 40 e s.m.i., che fa obbligo alle Pubbliche amministrazioni, per ogni pagamento di importo superiore a Euro 5.000,00, di verificare eventuali inadempienze tributarie da parte del beneficiario del pagamento stesso, attraverso un apposito servizio gestito da Equitalia Servizi S.p.A.

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, l'allegato modulo DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA all'indirizzo cemedis@cefpas.it, entro 7 giorni precedenti l'inizio dell'incarico, debitamente compilato e firmato, selezionando le voci di interesse, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione (vedi DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA 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 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA).

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro nelle giornate di riferimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento docenti.

Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico, ovvero dalla conclusione di ogni singolo modulo nel caso di attività formative articolata a moduli, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante le effettive ore di docenza prestate e 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 sua prestazione professionale, inoltre, sarà oggetto di valutazione da parte dei partecipanti.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde al numero 0934 505131, e che la responsabile del corso, Francesca Di Gregorio, cemedis@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

Francesca **Di Gregorio**
Responsabile Procedimento



Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro



Maria Luisa **Zoda**
Dirigente



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (Art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

incarico di istruttore BLS AHA per complessive n. 8 ore, giorno 19 luglio 2023, relativamente al corso "Supporto Vitale di Base - BLS" nell'ambito del percorso di formazione all'esercizio dell'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 – MEST 2023-2024 (Codice corso MEST2023 - Abbrev. corso MEST23_BLS1 - CdC 03010603 – Autorizzazione di spesa 60/2023)), che avrà luogo presso il CEFPAS di Caltanissetta.

Il sottoscritto **TINDARO IMPELLIZZERI** 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.Lg 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: DENOMINAZIONE _____
INDIRIZZO _____ N. _____ CAP _____ CITTA' _____
 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. Dichiario, inoltre, che il suddetto Ente non prevede, nemmeno in sede di regolamento aziendale, una diversa disciplina al riguardo.
7. 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.
8. 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
9. che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/1972
 che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

Richiesta crediti ECM attività di docenza _____ **Si** **No**

Il sottoscritto dichiara, altresì che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di iscrizione agli Albi CEFPAS sono rispondenti al vero.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del GDPR Regolamento UE 2016/679 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 nei Regolamenti del CEFPAS per il conferimento di incarichi.

Data _____

Firma _____

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

VALIDA FINO AL 13/09/2027

Dir. Fisci: 5,16 E. Dir. Segr.: 0,26 E.

AY 1701369

REPUBBLICA ITALIANA

COMUNE DI
MILAZZO

CARTA D'IDENTITA'
N° AY 1701369

DI
IMPELLIZZERI
TINDARO

Cognome... **IMPELLIZZERI**

Nome... **TINDARO**

nato il... **13/09/1963**

(atto n. **506**... P. **1**... S. A. (1963))

a... **MILAZZO (ME)**

Cittadinanza... **ITALIANA**

Residenza... **MILAZZO (ME)**

Via... **VENEZIA, 23**

Stato civile... **CONIUGATO**

Professione... **MEDICO-CHIRURGO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura... **1,83**

Capelli... **CASTANI**

Occhi... **CASTANI**

Segni particolari...



Firma del titolare... *Vincenzo Impellizzeri*

MILAZZO... il... **22/02/2017**

Impresa del dho
invece statore

Il SINDACO
VINCENZO DI NATALE
Istruttore direttore d'azienda del Sindaco

COMUNE DI
MILAZZO
€ 0,26
SEGRETERIA

Entrate

REPUBBLICA ITALIANA
CODICE FISCALE

Codice Fiscale **MPLTDR63P13F206E**

Cognome **IMPELLIZZERI**

Nome **TINDARO** Sesso **M**

Luogo di nascita **MILAZZO**

Provincia **ME**

Data di nascita **13/09/1963**



Curriculum Vitae: TINDARO IMPELLIZZERI

Cognome:	IMPELLIZZERI
Nome:	TINDARO
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente,istruttore
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA
Ambito:	BLS-D (Basic Life Support-Defibrillation)
Ruolo Professionale:	MEDICO EST - 118
Esperienza Professionale.:	MEDICO E.S.T.118 DAL NOVEMBRE 2003
Esperienze Didattico Formativa:	6-7