

Al Dott. Aldo **Messina**
Al Dott. Riccardo **Speciale**
Al Dott. Carmelo **Amico**

LORO SEDI

Oggetto: Nomina e convocazione della Commissione esaminatrice per lo svolgimento dei colloqui finali dell'Executive Master in Implantologia Coccoleare – Moderne prospettive per il sordo profondo (Cod. CEFPAS n. C00122 cdc 03010602)

Le SS.LL sono nominate componenti della Commissione per i colloqui finali dell'Executive Master in Implantologia Coccoleare – Moderne prospettive per il sordo profondo, che si terranno presso la sede del CEFPAS l'11 luglio 2023, con il ruolo di seguito indicato:

- Ing. Roberto **Sanfilippo** – Direttore del CEFPAS e Co-Responsabile Scientifico dell'Executive Master, con funzioni di Presidente;
- Dott. Aldo **Messina** – Co-Responsabile Scientifico, docente e referee dell'Executive Master;
- Dott. Riccardo **Speciale** – Docente dell'Executive Master;
- Dott. Carmelo **Amico** – Responsabile di corso, con funzioni di segretario verbalizzante.

Ai componenti della suddetta Commissione esaminatrice, ad esclusione dello scrivente Direttore e del personale del Centro, è attribuito il compenso lordo di € 200,00, oltre al rimborso delle eventuali spese di viaggio sostenute, ove l'attività venga svolta al di fuori dell'attività di servizio.

Il Centro metterà disposizione dei commissari di esame l'ospitalità alberghiera e i pranzi di lavoro.

I lavori della Commissione avranno inizio alle ore 9.00 dell'11 luglio 2023 e si concluderanno al completamento dei colloqui previsti.

Cordiali saluti

Ing. Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro



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 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* _____ *CITTÀ* _____

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 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 si, indicare quali)* _____
 - No*
8. *che per l'attività svolta non percepirà nessun compenso*

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 e s.m.i. 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)

Commissione esami finali Executive Master in Implantologia Cocleare - Moderne prospettive per il sordo profondo
corso n. C00122 cdc 03010602

