

Gent.mo Dott. Daniele Sorelli

**Oggetto:** Parziale rettifica incarico docenza Corso per la Ricertificazione dell'attestato di Formazione Manageriale per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa, sede Catania - FM RC 01 23 (FORMANN2023CT, CDC 03010701 AUT. SPESA 100/2023)

A parziale rettifica dell'incarico di docenza, conferitole con nota Prot. n. **9100** del **25/09/2023**, per il giorno 27 settembre 2023, per complessive n. 5 ore, nell'ambito del Corso per la Ricertificazione dell'attestato di Formazione Manageriale per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa, sede Catania - FM RC 01 23 (FORMANN2023CT, CDC 03010701 AUT. SPESA 100/2023), tenuto conto dell'**indisponibilità** del Dott. Salvatore Giuffrida (incarico prot. n. **9096** del **25/09/2023**), comunicata per le vie brevi alla Referente del Corso, l'incarico di docenza si intende conferito per complessive n. 8 ore, per un totale di € 800,00 (ottocento) 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 di segreteria del corso, Sig.ra Silvia Lopiano ([lopiano@cefpas.it](mailto:lopiano@cefpas.it)) è a Sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Silvia Lopiano  
Responsabile del Procedimento



Roberto Sanfilippo  
Direttore del Centro

Il/la sottoscritto/a NOME DANIELE COGNOME SORRELLI

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: ANNAS SAMBAUM
- INDIRIZZO P.zza S.M. SERV n. 1
- CAP 15030 CITTA' CAFANIS

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. Dichiario, 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 si, 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

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

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 27/01/23

Firma



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