

Gentile Dott. Sebastiano **Pollina Addario**

Oggetto: Conferimento incarico di relatore per il Corso "La Promozione della Salute Mentale nelle Scuole" (Codice corso A01824 - Abbrev. corso SMOMS_2024 - CdC 030110)

Le conferiamo l'incarico di relatore per 30 minuti, nel giorno 14 marzo 2024, relativamente al corso "La Promozione della Salute Mentale nelle Scuole", che si terrà in presenza presso la sede del CEFPAS in Aula Garsia.

Il relatore dovrà assicurare il regolare svolgimento delle sessioni d'aula nel rispetto delle modalità e del programma.

Il suddetto incarico, che sarà svolto a titolo gratuito, Le viene attribuito a seguito di individuazione da parte del Servizio 5 DASOE (nota n. 2701 del 07/03/2024) e vista la sua iscrizione all'Albo formatori del CEFPAS, come previsto dal Regolamento recante disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione nelle attività del CEFPAS.

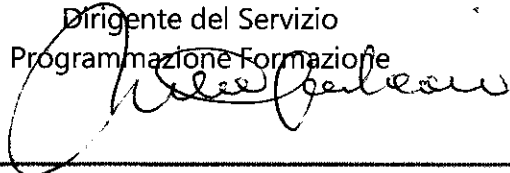
Prima dell'espletamento dell'incarico e ai fini del perfezionamento del suo conferimento, dovrà restituire, a mezzo e – mail irene.iannello@cefpas.it, la presente lettera debitamente compilata e firmata, selezionando le voci di interesse, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione.

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).

I suoi dati anagrafici e curriculari sono oggetto di trattamento come da informativa sottoscritta al momento della sua registrazione nei nostri albi **oltre che** di pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale del CEFPAS nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

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, Maria Daniela **Falconeri**, falconeri@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Maria Daniela **Falconeri**
Dirigente del Servizio
Programmazione Formazione



Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro

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

Incarico di Responsabile scientifico nel giorno 14/03/2024, relativamente al corso "La Promozione della Salute Mentale nelle Scuole" (Codice corso A01824 - Abbrev. SMOMS_2024 - CdC 030110) che si terrà in presenza presso il CEFPAS.

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: DENOMINAZIONE ENTE : _____

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. 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. Ai sensi dell'art. 76 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 sul Conflitto di interessi e del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM, 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 di 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
 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 e del D.Lgs 101/2018 (Decreto di adeguamento al 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 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: Sebastiano Pollina Addario

Cognome:	Pollina Addario
Nome:	Sebastiano
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Economia e commercio
Titolo Studio 2:	Master 2 livello
Dettaglio Titolo Studio 2:	py Master di II livello in Epidemiologia presso la Facoltà di Medicina e la Fondazione ISI
Ambito:	Prevenzione e Promozione della Salute
Ruolo Professionale:	Dirigente responsabile Servizio9 DASOE- Assessorato Regionale della Salute
Esperienza Professionale.:	2020 al 2021Dirigente Analista a tempo indeterminato. Registro Tumori ASP di Siracusa.2019 al 2020Dirigente Analista a tempo indeterminato. Dipartimento di prevenzione ASL Roma 6.
Esperienze Didattico Formativa:	1-3