

Gent.mo Dott. Vincenzo **Parrinello**

**Oggetto:** Nomina Componente Commissione per la valutazione di apprendimento del Corso di Formazione per Valutatori dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) - III step della V e VI edizione – Codice Corsi n. E00324 e n. E00424; CdC 03010701.

Vista la nota DASOE prot. n.17582 del 16/05/2024, introitata al prot. CEFPAS con nota prot. n. 5030 di pari data, la S.V. è individuata come componente della Commissione della prova finale del **Corso di Formazione per Valutatori dell'OTA** - III step della V e VI edizione – Codice Corsi n. E00324 e n. E00424; CdC 03010701, per le n. 2 sessioni che avranno luogo a **Palermo**, presso la sede DASOE dell'Assessorato alla Salute, sito in Via Mario Vaccaro n.5, come da seguente calendario:

- VII sessione - **17 giugno 2024** - gruppo corsisti AOU Policlinico Catania 1 - dalle ore 9.00;
- VIII sessione - **17 giugno 2024** - gruppo corsisti AOU Policlinico Catania 1 – dalle ore 14.00.

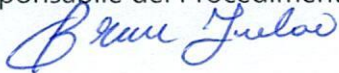
I lavori della Commissione si concluderanno a completamento dei colloqui previsti in ciascuna sessione.

In qualità di componente della Commissione esaminatrice il compenso lordo è fissato in euro 100,00 (cento/00) per ciascuna sessione d'esame, per un totale complessivo di € 200,00 (duecento/00), oltre al rimborso delle eventuali spese di vitto, ove l'attività venga svolta al di fuori dell'attività di servizio.

Cordiali saluti

**Bruna Insalaco**

Responsabile del Procedimento



Roberto **Sanfilippo**  
Direttore del Centro



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

Incarico di componente commissione per la valutazione di apprendimento per complessive 2 sessioni, in presenza nella giornata del 17 giugno 2024, relativamente al III STEP de "Corso di Formazione per Valutatori dell'OTA: Formazione specifica" V e VI edizione (Codici corso E00324 e E00424 - Abbrev. corso OTA2024\_5 e OTA2024\_6 - CdC 03010701), che avrà luogo a Palermo nei giorni 10-11-12-17-18 giugno.

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 si, 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
9. di aver preso visione, per i corsi ECM, dell' "Informativa Privacy - Formatori Corsi ECM " - consultabile sul sito istituzionale dell'Agenas.

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: vincenzo parrinello

Cognome:	parrinello
Nome:	vincenzo
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	MEDCINA E CHIRURGIA
Ambito:	Qualità
Ruolo Professionale:	RESPONSABILE UO PER LA QUALITA' E IRSCHIO CLINICO
Esperienza Professionale.:	DAL 2005 AD OGGI RESPONSABILE UO PER LA QUALITA' E IRSCHIO CLINICO
Esperienze Didattico Formativa:	>12