

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.

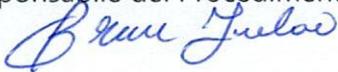
I lavori della Commissione si concluderanno a completamento dei colloqui previsti in ciascuna sessione.

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