

Gent.ma Dott. ssa Cettina **Sortino**

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:

- IX sessione - **18 giugno 2024** - gruppo corsisti ASP Palermo 1 - dalle ore 9.00;
- X sessione - **18 giugno 2024** - gruppo corsisti ASP Palermo 2 – 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 18 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 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
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: Cettina Sortino

Cognome:	Sortino
Nome:	Cettina
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Medicina e Chirurgia
Titolo Studio 2:	Specializzazione
Dettaglio Titolo Studio 2:	Medicina Legale e delle Assicurazioni
Titolo Studio 3:	Dottorato ricerca
Dettaglio Titolo Studio 3:	Scienze e biotecnologie mediche sperimentali e applicate, indirizzo di genomica e proteomica nella ricerca oncologica ed endocrino-metabolica
Titolo Studio 4:	Master 1 livello
Dettaglio Titolo Studio 4:	Master Hospital Risk Management
Titolo Studio 5:	Master 2 livello
Dettaglio Titolo Studio 5:	Direzione e Management delle Aziende Sanitarie
Ambito:	Qualità
Ruolo Professionale:	Dirigente Medico Referente UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico
Esperienza Professionale.:	py Dal 12/04/2023 al 31/10/2023 delega di funzione di coordinamento delle py Rischio Clinico dell Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, prot. n. 93 Coordinamento Staff Strategico
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Risk Management
Ruolo Professionale:	Responsabile del Rischio Clinico presso ASST Crema (CR) Risk Manager ASP Palermo
Esperienza Professionale.:	py Dal 14/07/2018 al 31/12/2020 Responsabile Area Rischio Clinico nell am py Clinico presso l Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema (CR). Dal py dell Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo



Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Medicina legale
Ruolo Professionale:	Dirigente Medico in Medicina Legale
Esperienza Professionale.:	py Dal 16/02/2017 al 31/01/2021 Responsabile Medicina Legale, Ospedaliere Sanitaria Territoriale di Crema (CR).Dal 01/02/2021 dirigente medico in medicina legale presso ASP PalermoDal 01/11/2023 ad oggi Direttore f.f. UOC Medicina Legale ASP Palermo
Esperienze Didattico Formativa:	>12