

Il/la sottoscritto/a NOME **PALVATORE** COGNOME **FERRIERA**

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. 445/1000) 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 inconfirmità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs. 8/4/13, n. 39, attuativo dell'art. 1, commi 43 e 50 della legge 9 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 **ASSISTO REGIONALE DELLA SALUTE DIP. A.S.O.-E.**

• INDIRIZZO **VIA MARIO UCCASO n. 5**

• CAP **90135** CITTA' **PALERMO**

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 ai dipendenti della PA, in base al comma 6, lett. f) bis art. 53 del D.Lgs. 165/2001. Dichiara, 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 lo stesso 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

ovvero

che per l'attività svolta si provvedeva ad emettere fattura

Richiesta crediti ECM attività di docenza

Si  No

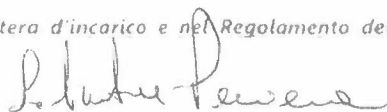
Il sottoscritto dichiara, altresì, che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di iscrizione all'Aibo Referenti scientifici/Docenti/Tutor sono rispondenti al vero

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 **18/10/2023**

Firma



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