

Sig.ra Chiara Catalano**Oggetto:** Incarico di Collaborazione

In ottemperanza a quanto disposto con delibera n. 142/2024, Le conferiamo l'incarico di collaborazione, ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice Civile a decorrere dal giorno 1 luglio 2024 fino al 9 agosto 2024, l'espletamento delle attività a "Supporto Attività Amministrativa", per un totale di 120 ore.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice Civile. La invitiamo quindi a comunicare il numero di Partita IVA ovvero il numero di iscrizione alla gestione separata INPS, in quest'ultimo comunicando l'aliquota contributiva da applicare.

Per l'attività in oggetto, Le verrà riconosciuto un compenso pari a 20,00 € per ogni ora di attività svolta. Si precisa che l'incarico sarà soggetto ai controlli ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/1973 e successivamente disciplinato dal D.M. 18/1/2008 n. 40 e s.m.i.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, dovrà restituire, a mezzo e - mail o brevi manu entro 7 giorni precedenti l'inizio dell'incarico, la presente lettera debitamente compilata e firmata, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione (vedi di seguito Dichiarazione normativa 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 s.m.i. e salve le esclusioni previste dalla medesima normativa (v. di seguito punto 6).

Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico, ovvero dalla conclusione di ogni singolo mese, dovrà essere prodotta dettagliata relazione, vistata dal dirigente di riferimento o da un suo delegato, riguardante l'attività espletata, le effettive ore prestate e gli obiettivi intermedi e finali conseguiti.

La liquidazione del relativo corrispettivo avverrà, previa verifica dell'esistenza e correttezza dei profili autorizzativi dove previsti e dell'esecuzione e buon esito dell'incarico, entro 60 giorni dalla data di registrazione al protocollo della suddetta relazione.



Per qualunque comunicazione organizzativa La preghiamo di contattare la referente del servizio Risorse Umane del Cefpas, dott.ssa Simona Vasta (vasta@cefpas.it) 0934 505281 oppure il dirigente di riferimento, dott. Piero Livolsi (livolsi@cefpas.it).

Cordiali saluti,



Simona **Vasta**

Referente servizio risorse umane

Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro



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

DICHARA

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:

• ENTE : _____

• INDIRIZZO _____ n. _____

• CAP _____ CITTA' _____

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 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 (4180 se l'evento è nazionale), 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 si configura come collaborazione coordinata e continuativa con iscrizione alla gestione separata INPS (da specificare solo se si ha partita IVA

ovvero

che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

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**)

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita

15/09/2004 – 07/06/2009

Istituto Classico "Empedocle" – Agrigento

Discipline lettere classiche

Discipline lingue straniere

Diploma di Liceo Classico

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

ITALIANA

ALTRA LINGUA

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

INGLESE

ASCOLTO B1 – LETTURA B1

B1

INTERAZIONE B1 – PRODUZIONE ORALE B1

CAPACITÀ E COMPETENZE COMUNICATIVE

Ottima competenza gestionale e contabile

Ottima competenza relazionale con il pubblico

Buone competenze comunicative acquisite durante le mie esperienze lavorative

COMPETENZE DIGITALI

AUTOVALUTAZIONE

Elaborazione delle informazioni	Comunicazione	Creazione di contenuti	Sicurezza	Risoluzione di problemi
Utente autonomo	Utente autonomo	Utente autonomo	Utente autonomo	Utente autonomo

PATENTE O PATENTI

A1; B

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **CHIARA CATALANO**
Indirizzo [REDACTED]
Telefono [REDACTED]
Fax [REDACTED]
E-mail [REDACTED]
Codice Fiscale [REDACTED]
Nazionalità Italiana
Data di nascita

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) 03/02/2009 – 20/06/2010
• Nome e indirizzo del datore di lavoro Ristorante da Giovanni di Giovanni Catalano, (Agrigento)
• Tipo di azienda o settore Settore Contabilità
• Tipo di impiego Responsabile di Sala

- Date (da – a) 15/05/2011 – 03/10/2012
• Nome e indirizzo del datore di lavoro Marylin Food Drink di Marco Catalano (Agrigento)
• Tipo di azienda o settore Settore Vendita e Contabilità
• Tipo di impiego Settore Vendita diretta al pubblico di bevande e ristorazione

- Date (da – a) 13/06/2013 – 31/08/2013
• Nome e indirizzo del datore di lavoro Girgenti Acque S.P.A (Agrigento)
• Tipo di azienda o settore Call Center Gestione file Interni, Segreteria
• Tipo di impiego Operatore telefonico (Call Center), Responsabile gestione file interni

- Date (da – a) 06/06/2016 – 06/08/2018
• Nome e indirizzo del datore di lavoro Snai Spa, (Agrigento)
• Tipo di azienda o settore Responsabile Ricevitoria e Scommesse
• Tipo di impiego Gestione sala Scommesse
• Principali mansioni e responsabilità Gestione contabile ricevitoria
Date (da – a) gestione pagine web, social da settembre 2018 a settembre 2019*
Date (da – a) gestione ordini, azienda e fornitori da settembre 2018 a settembre 2019*