

Egr. Dott. Massimiliano **Maisano**

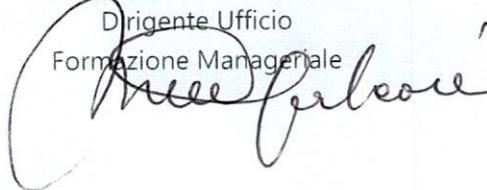
Oggetto: Parziale rettifica conferimento incarico docente Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa, Progetto FM RC 01 24 e Progetto FM RC 02 24 (rispettivamente FORMAN2024ECM e FORMAN2024PAECM, c.d.c. 03010701 AUT. SPESA 100/2024)

A parziale rettifica dell'incarico prot. n. 6897 dell'8 luglio 2024 per complessive 16 ore, nell'ambito del **Modulo IV "Digital innovation management: la digitalizzazione nei contesti sanitari"**, codici *Progetto FM RC 01 24 e FM RC 02 24 (FORMAN2024ECM e FORMAN2024PAECM c.d.c. 03010701 AUT. SPESA 100/2024)*, in svolgimento dal mese di aprile fino al mese di ottobre 2024, lo stesso si intende per i seguenti giorni:

- **12 settembre 2024**, 8 ore relativamente al **Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa** sede Palermo;
- **13 novembre 2024**, 8 ore relativamente al **Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa** sede Caltanissetta.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde al numero 0934.505321, e che la Responsabile dell'attività formativa la Dott.ssa Maria Daniela Falconeri, falconeri@cefpas.it, è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Daniela **Piano**
Responsabile del Procedimento


Maria Daniela **Falconeri**
Dirigente Ufficio
Formazione Manageriale


Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro


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

Incarico di **DOCENTE** per complessive 16 ore nei giorni 12 settembre e 13 novembre 2024, relativamente al corso di "Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa, Progetto FM RC 01 24 e Progetto FM RC 02 24 (rispettivamente FORMAN2024ECM e FORMAN2024PAECM, c.d.C. 03010701 AUT. SPESA 100/2024)", che avranno luogo presso le sedi di Caltanissetta e Palermo

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, in quanto rientrante in una delle categorie per le quali è prevista l'esclusione di cui al comma 6 art. 53 del D.Lgs. 165/2001, ovvero dipendente con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno, docente universitario a tempo definito, altra categorie di dipendenti pubblici ai quali è consentito da disposizioni speciali lo svolgimento di attività libero-professionali.
 di essere dipendente pubblico esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza in quanto...

 di essere dipendente di ente pubblico 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 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.

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'Albo Referenti scientifici/Docenti/Tutor sono rispondenti al vero alla data di sottoscrizione del CV.

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 _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto (che dovrà riportare gli estremi del documento identificativo) ovvero sottoscritta o inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente via email, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

M15F Rev 1.5 19/07/24

