

Gent.ma Dott.ssa Patrizia **Carta**

Oggetto: Nomina componente Commissione per la valutazione di apprendimento del Corso per Valutatori dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) Il step della VII edizione – Codice Corsi n. E03024; CdC 03010601.

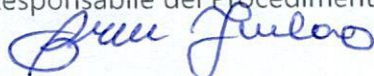
Vista la nota DASOE prot. n. 34615 del 15/10/2024, introitata al prot. CEFPAS con nota prot. n. 9266 di pari data, la S.V. è nominata Componente della Commissione della valutazione di apprendimento del **Corso per Valutatori dell'OTA** (Formazione specifica - Il step della VII edizione – Codice Corso n. E03024; CdC 03010601), per le cinque sessioni che avranno luogo a **Palermo**, presso la sede DASOE (Via Mario Vaccaro n.5) nei giorni **20-21-22 novembre 2024**.

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 € 500,00 (cinquecento/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 5 sessioni, in presenza nelle giornate del 20-21-22 novembre 2024, relativamente al II STEP de "Corso di Formazione per Valutatori dell'OTA: Formazione specifica" VII edizione (Codice corso EO3024 - Abbrev. corso OTA7_2024 - CdC 03010601), che avrà luogo a Palermo nei giorni 20-21-22 novembre 2024.

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 (specificare)

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

M15F Rev 1.5 19/07/2024

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.



Curriculum Vitae: PATRIZIA CARTA

Cognome:	CARTA
Nome:	PATRIZIA
Collaboratori:	NO
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	dottore in Scienze Biologiche
Titolo Studio 2:	Dottorato ricerca
Dettaglio Titolo Studio 2:	Immunopatologia
Titolo Studio 3:	Specializzazione
Dettaglio Titolo Studio 3:	Microbiologia e Virologia
Titolo Studio 4:	Master 1 livello
Dettaglio Titolo Studio 4:	Immunologia
Ambito:	Qualità
Ruolo Professionale:	RGQ UOC MEDICINA TRASFUSIONALE AOR VILLA SOFIA CERVELLO
Esperienza Professionale.:	DAL 2018 RESPONSABILE GESTIONE QUALITA' AI FINI DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI SERVIZI TRASFUSIONALI
Esperienze Didattico Formativa:	0