

Gent.mo Dott. Antonio Tobia **Colucci**

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

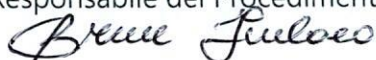
Vista la nota DASOE prot. n. 37476 del 08/11/2024, introitata al prot. CEFPAS con nota prot. n. 10102 di pari data, la S.V. è nominata Componente della Commissione della valutazione di apprendimento del **Corso per Valutatori dell'OTA** (Formazione III step della VII edizione – Codice Corso n. E03024; CdC 03010601), per le cinque sessioni che avranno luogo a **Palermo**, presso l'Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello nel giorno e presso ISMETT-UPCM Italy il **10 e 11 dicembre 2024** e a **Catania**, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Rodolico – S. Marco" il **18 dicembre 2024**.

I lavori della Commissione si concluderanno a completamento dei colloqui previsti in ciascuna sessione.

In qualità di componente della Commissione esaminatrice per ciascuna giornata d'esame, Le è riconosciuto il rimborso delle eventuali spese di vitto.

Cordiali saluti

Bruna Insalaco
Responsabile del Procedimento



Roberto Sanfilippo
Direttore del Centro



ALLEGATO - 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 3 sessioni, in presenza nelle giornate del 10, 11 e 18 dicembre 2024, relativamente al III STEP del "Corso di Formazione per Valutatori dell'OTA: Formazione specifica" VII edizione (Codice corso EO3024 - Abbrev. corso OTA7_2024 - CdC 03010601).

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
 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 e inviata, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, all'ufficio competente via pec all'indirizzo cefpas@legalmail.it.



Curriculum Vitae: Antonio Tobia Colucci

| | |
|---------------------------------|---|
| Cognome: | Colucci |
| Nome: | Antonio Tobia |
| Collaboratori: | SI |
| Figura Professionale Formatori: | docente, responsabile scientifico |
| Titolo Studio: | Laurea vecchio ordinamento |
| Settore Titolo Studio: | MEIDICINA E CHIRURGIA |
| Titolo Studio 2: | Specializzazione |
| Dettaglio Titolo Studio 2: | Igiene e Medicina Preventiva |
| Titolo Studio 3: | Master 2 livello |
| Dettaglio Titolo Studio 3: | py Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie EMMAS |
| Titolo Studio 4: | Specializzazione |
| Dettaglio Titolo Studio 4: | Ematologia generale |
| Titolo Studio 5: | Dottorato ricerca |
| Dettaglio Titolo Studio 5: | Immunofarmacologia |
| Ambito: | -ALTRO NON IN ELENCO- |
| Ambito Proposto: | Accreditamento Istituzionale |
| Ruolo Professionale: | Dirigente del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute Regione Siciliana |
| Esperienza Professionale.: | Dall'agosto 2019 ad oggi Dirigente Responsabile Organismo Tecnicamente accreditante del DASOE Assessorato della Salute Regione Siciliana; dall'ottobre 2014 al luglio 2019 Dirigente Responsabile Accreditamento Istituzionale del DASOE Assessorato della Salute Regione Siciliana; dal luglio 1995 all'ottobre 2006 Responsabile di U.O. "Valutazione dei servizi" e "Qualità e Organizzazione" dell'Osservatorio Epidemiologico Assessorato della Salute Regione Siciliana |
| Esperienze Didattico Formativa: | >12 |
| Ambito: | Qualità |