

Egr. Dott. **Alessandro Capechi**

**Oggetto:** Conferimento incarico di istruttore per le edizioni del "Corso di Formazione per Istruttori di Simulazione in Sanità" Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD1\_FAD - CdC 03010603 e Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD2\_FAD - CdC 03010603

Le conferiamo l'incarico di istruttore per:

- n. 3 ore e 30 minuti in modalità FAD nel giorno 4 febbraio 2025 relativamente al "Corso di Formazione per Istruttori di Simulazione in Sanità" (Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD1\_FAD - CdC 03010603),
- n. 3 ore e 30 minuti in modalità FAD nel giorno 7 febbraio 2025, relativamente al "Corso di Formazione per Istruttori di Simulazione in Sanità" (Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD2\_FAD - CdC 03010603).

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di valutazione comparativa, vista la sua iscrizione nell'Albo formatori CEFPAS, come previsto dal Regolamento recante disciplina per il conferimento di incarichi di collaborazione nelle attività del CEFPAS.

L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del codice civile e il compenso corrisposto è fissato in euro in euro 50,00 (cinquanta/00) per ogni ora effettiva di attività di istruttore, per un totale di euro 350,00 (trecentocinquanta/00), al lordo delle ritenute di legge a Suo carico. La sua prestazione professionale, inoltre, sarà oggetto di valutazione da parte dei partecipanti.

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., che fa obbligo alle Pubbliche amministrazioni, per ogni pagamento di importo superiore a Euro 5.000,00, di verificare eventuali inadempienze tributarie da parte del beneficiario del pagamento stesso, attraverso un apposito servizio gestito da Equitalia Servizi S.p.A.

Prima dell'espletamento dell'incarico, e ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, dovrà restituire, a mezzo pec, l'allegato modulo DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA all'indirizzo [cefpas@legalmail.it](mailto:cefpas@legalmail.it), entro 7 giorni precedenti l'inizio dell'incarico, debitamente compilato e firmato, selezionando le voci di interesse, adempiendo così a quanto previsto dalla normativa dell'anticorruzione (vedi DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA 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 ss.mm.ed ii. e salve le esclusioni previste dalla medesima normativa (v. di seguito punto 6 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA).

Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico, ovvero dalla conclusione di ogni singolo modulo nel caso di attività formative articolata a moduli, dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante le effettive ore di docenza prestate e le eventuali spese di cui si chiede il rimborso.

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 del suddetto documento contabile.

Il Centro metterà a Sua disposizione l'ospitalità alberghiera, i pranzi e le cene di lavoro nelle giornate di riferimento del corso e procederà al rimborso delle spese sostenute secondo quanto stabilito dal regolamento docenti.

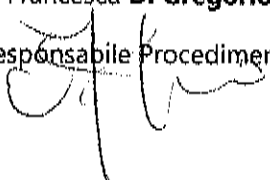
I suoi dati anagrafici e curriculari sono oggetto di trattamento come da informativa sottoscritta al momento della sua registrazione nei nostri albi oltre che di pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale del CEFPAS nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

La informiamo che la lezione che terrà potrà essere registrata e fruita in modalità asincrona dagli iscritti al corso. Pertanto, la preghiamo di tener presente che i dati personali e le informazioni registrate nel corso della lezione potranno essere visualizzati sia dai partecipanti alla presente attività formativa sia dai partecipanti ad altre attività formative in modalità asincrona, oltre che dal personale del CEFPAS autorizzato. Il Trattamento avrà come oggetto la registrazione della lezione, la sua conservazione per il periodo massimo di cinque anni, compatibilmente con l'attualità dei contenuti, e la comunicazione dei dati ai destinatari suddetti nonché la cancellazione della registrazione al termine del periodo di conservazione.

Il titolare del trattamento è il CEFPAS (i cui dati di contatto sono indicati in calce) e il DPO è contattabile all'indirizzo [dpo@cefpas.it](mailto:dpo@cefpas.it). Lei avrà comunque il diritto di richiedere la rettifica degli eventuali dati errati. Per i corsi ECM, il titolare del trattamento è anche la Regione Siciliana e l'informativa è consultabile sul sito istituzionale dell'Agenas (Informativa Regione formatori corsi ECM).

Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la segreteria delle attività formative risponde al numero 0934 505131, e che la responsabile del corso, Francesca Di Gregorio, [digregorio@cefpas.it](mailto:digregorio@cefpas.it), è a sua disposizione per ogni chiarimento, colgo l'occasione per porgerle i miei più cordiali saluti.

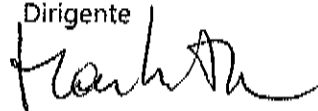
Francesca **Di Gregorio**  
Responsabile Procedimento



Roberto **Sanfilippo**  
Direttore del Centro



Maria Luisa **Zoda**  
Dirigente



Incarico di istruttore per n. 3 ore e 30 minuti in modalità FAD nel giorno 4 febbraio 2025 relativamente al "Corso di Formazione per Istruttori di Simulazione in Sanità" (Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD1\_FAD - CdC 03010603), e di n. 3 ore e 30 minuti in modalità FAD nel giorno 7 febbraio 2025, relativamente al "Corso di Formazione per Istruttori di Simulazione in Sanità" (Codice corso E05124 - Abbrev. corso FORSIM2025\_1\_MOD2\_FAD - CdC 03010603).

Il/la sottoscritto **Alessandro Capecchi** 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, altre 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, 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](mailto:cefpas@legalmail.it).



## Curriculum Vitae: ALESSANDRO CAPECCHI

Cognome:	CAPECCHI
Nome:	ALESSANDRO
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente, istruttore
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Medicina e Chirurgia
Titolo Studio 2:	Specializzazione
Dettaglio Titolo Studio 2:	Malattia dell'apparato cardiovascolare
Titolo Studio 3:	Master 2 livello
Dettaglio Titolo Studio 3:	Terapia Transcatetere delle Cardiopatie Strutturali con imaging multimodale
Ambito:	Crisis Resource Management
Ruolo Professionale:	Formatore- Facilitatore Direttore di corsi di Simulazione Formatore di Istruttori
Esperienza Professionale.:	dal 2011
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	BLS-D (Basic Life Support-Defibrillation)
Ruolo Professionale:	Istruttore e Direttore Formatore di istruttori Faculty AHA ITC Bios
Esperienza Professionale.:	dal 2003
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)
Ruolo Professionale:	Istruttore e Direttore Formatore di istruttori Faculty AHA ITC Bios
Esperienza Professionale.:	dal 2024
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	BLS-D (Basic Life Support-Defibrillation) per laici

Ruolo Professionale:	Istruttore e DirettoreFormatore di istruttoriFaculty AHA ITC Bios
Esperienza Professionale.:	dal 2003
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Simulazione
Ruolo Professionale:	Formatore- FacilitatoreDirettore di corsi di SimulazioneFormatore di Istruttori
Esperienza Professionale.:	dal 2011
Esperienze Didattico Formativa:	>12