Gent.mo Dott. Vincenzo **Parrinello**

Oggetto: Nomina componente Commissione per *"la selezione dei professionisti da formare come Coordinatori dei Gruppi di Verifica costituiti con Valutatori regionali OTA"* (codice corso E5584; CdC 03010601).

Vista la nota DASOE prot. n. 7210 del 06/03/2025, introitata al prot. CEFPAS con nota prot. n. 2306 di pari data, la S.V. è nominata Componente della Commissione per la selezione dei professionisti da formare come Coordinatori dei Gruppi di Verifica costituiti con Valutatori regionali OTA (codice corso E5584; CdC 03010601) per complessive n. 4 sessioni, che avranno luogo a **Palermo** presso la sede del DASOE in via Mario Vaccaro, nella mattina e nel pomeriggio nei giorni **7 e 8 aprile 2025.**

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 200,00 (cento/00) per ciascuna sessione di selezione, per un totale complessivo di € 800,00 (ottocento/00) lordi.

Il Centro provvederà all'ospitalità alberghiera, se richiesta, e al rimborso delle eventuali spese di vitto e di trasporto nelle giornate di riferimento della selezione secondo quanto stabilito dal regolamento docenti.

Cordiali saluti

Bruna **Insalaco**
Responsabile del Procedimento

Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro

CEFPAS - Prot. N. 000002929 **Data:** 25-03-2025 **Tipo Reg.:** Partenza **Destinatario** Parrinello Vincenzo **Oggetto:** Lettera di Incarico PARRINELLO VINCENZO NOMINA COMPONENTE COMMISSIO

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

Incarico di componente commissione, per 4 sessioni, per "la selezione dei professionisti da formare come Coordinatori dei Gruppi di Verifica costituiti con Valutatori regionali OTA" (codice corso E5584; 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 si, 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.

Curriculum Vitae: vincenzo parrinello

Cognome:	parrinello
Nome:	vincenzo
Collaboratori:	SI
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	MEDCINA E CHIRURGIA
Ambito:	Qualità
Ruolo Professionale:	RESPONSABILE UO PER LA QUALITA' E IRSCHIO CLINICO
Esperienza Professionale.:	DAL 2005 AD OGGI RESPONSABILE UO PER LA QUALITA' E IRSCHIO CLINICO
Esperienze Didattico Formativa:	>12