



Gent.ma Rosita Treppiedi

**Oggetto:** Conferimento incarico di Tutor d'aula **Modulo B e C - PNRR - M6 C2 Sub investimento 2.2(b) – Corso di formazione in Infezioni Ospedaliere** (Codice progetto PNRRINFEZOSPED - CDC 03010802 Autorizzazione di spesa 120/2023 - CUP G64D23001350001), Villa Sofia-Cervello sede Palermo dal 29 maggio al 1° luglio 2025.

Facendo seguito alla Vostra nota Prot. n. 001-0017364-INT/2025 del 19 maggio 2025 ricevuta dalla Direzione dell'Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello, le conferiamo l'incarico di tutor d'aula per complessive n. 12 ore, relativamente all'attività formativa dei **Moduli B e C - PNRR - M6 C2 Sub investimento 2.2(b)** del Corso di formazione in Infezioni Ospedaliere, che avranno luogo presso il P.O. Cervello nelle dieci edizioni previste dal 29 maggio al 1° luglio 2025.

L'effettivo impegno nelle singole giornate Le verrà comunicato dal suo referente della Formazione Aziendale.

Le attività del Tutor d'aula sono, in via esemplificativa e non esaustiva:

- 1) Assistenza al docente in aula, ai fini del buon andamento del corso a raccordo tra le esigenze e quelle dei corsisti.
- 2) Accompagnamento dei partecipanti del corso nel processo di apprendimento
- 3) Gestione di tutti gli aspetti organizzativi e logistici e delle eventuali attrezzature informatiche e/o di simulazione secondo le indicazioni del coordinatore o referente del corso.
- 4) Realizzazione di ogni attività necessaria per la preparazione, chiusura e archiviazione del Corso.

Nello specifico:

- a) Prima dell'inizio del corso, il tutor: cura tutti gli aspetti organizzativi, amministrativi e logistici necessari al buon svolgimento del progetto; riceve il materiale, le attrezzature e le indicazioni operative da parte dei referenti dell'attività;
- b) Durante il corso, il tutor: gestisce tutti gli adempimenti (per gli uffici Saf e Sac), verifica la presenza dei requisiti logistico-organizzativi essenziali allo svolgimento del corso; distribuisce la documentazione del corso; distribuisce e verifica la corretta compilazione delle schede di ingresso dei partecipanti; assicura la regolare e corretta compilazione dei fogli firma delle presenze; è corresponsabile – assieme al referente del corso – del rispetto della puntualità degli orari previsti del corso; monitora le assenze; verifica che i partecipanti e i docenti firmino correttamente; compila il quadro delle presenze riepilogativo giornaliero e complessivo; gestisce le attrezzature informatiche e/o di simulazione utile al corso, raccoglie le esigenze ed i suggerimenti del docente e dei partecipanti; partecipa agli incontri previsti nell'attività formativa; collabora con i docenti e con il personale alla validazione del corso e alla somministrazione dei questionari di verifica, in particolare controlla l'apposizione della firma del discente e quella eventuale del docente nei questionari/prove di apprendimento ai fini del rilascio dei crediti ECM, predispone e assiste alla consegna degli attestati di partecipazione;
- c) Al termine del corso, il tutor d'aula: verifica che il setting documentale sia completo, regolare e corretto; raccoglie, ordina ed archivia i materiali didattici residui non distribuiti; raccoglie ed archivia gli eventuali lavori di gruppo; controfirma il foglio presenza corsisti e docenti; verifica il numero di questionari ritirati; compila una check list riepilogativa di tutte le attività espletate; raccoglie ed ordina i fogli delle presenze e le schede di iscrizione compilate, tutti i materiali didattici distribuiti ai partecipanti (relazione docenti, dispense, ecc.);





- d) supporta il personale del Centro curando il caricamento dei dati nei database in uso al Centro fermo restando la responsabilità del referente del Corso in ordine all'eventuale mancato caricamento; collabora con il personale del Centro per gli adempimenti anche amministrativi connessi alla gestione e archiviazione del corso; ripone correttamente le attrezzature informatiche e di simulazione.

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 25,00 (venticinque/00) per ogni ora effettiva di tutoraggio, per un totale complessivo di € 300,00 al lordo delle ritenute di legge e degli oneri riflessi. 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.

Ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, **dovrà restituire**, a mezzo pec all'indirizzo [cefpas@legalmail.it](mailto:cefpas@legalmail.it) **la dichiarazione sostitutiva allegata alla presente**, debitamente compilata e firmata, **unitamente alla copia di un documento di riconoscimento** in corso di validità, per essere protocollata e gestita secondo quanto previsto dalla normativa sull'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).

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 la segreteria organizzativa del corso è a sua disposizione per ogni chiarimento all'email [infezioniospedaliere.pnrr@cefpas.it](mailto:infezioniospedaliere.pnrr@cefpas.it) e al numero 3384713346, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

  
Simona Vasta  
Referente servizio risorse umane

Roberto Sanfilippo  
Direttore del Centro  




**ALLEGATO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (Artt. 46 e 55. D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Incarico di Tutor d'aula Rosita Treppiedi - PNRR - M6 C2 Sub investimento 2.2(b) -

Corso di formazione in Infezioni Ospedaliere

Codice progetto **PNRRINFEZOSPED** - CDC **03010802** - CUP **G64D23001350001**

Autorizzazione di spesa 120/2023

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 della normativa vigente;
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 e di essere 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.  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

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).

Informazioni  
personali

Cognome / Nome

Telefono

e-mail

PEC

Nazionalità

Data di nascita

Luogo di nascita

Sesso

**Istruzione e  
Formazione**

Date (da - a)

Qualifica conseguita.

Nome e tipo di

Istituto di Istruzione e

Formazione

Date (da - a)

Qualifica conseguita.

Nome e tipo di

Istituto di Istruzione e

Formazione

**Esperienza  
Lavorativa**

Date (da - a)

Nome e Indirizzo del

Datore di Lavoro

Tipo di Impiego

Principali Mansioni e

Responsabilità

Date (da - a)

Nome e Indirizzo del

Datore di Lavoro

Tipo di impiego

Date (da - a)

Nome e Indirizzo del

Datore di Lavoro

**TREPPEDI ROSITA**

ITALIANA

2 GIUGNO 1975

PALERMO

F

7 APRILE 2003

**LAUREA IN GIURISPRUDENZA**

FACOLTA' DI GIURISPRUDENZA - PALERMO

VOTAZIONE 106/110

OTTOBRE 2006

**ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI  
AVVOCATO**

CORTE DI APPELLO DI PALERMO

SEGRETERIA SOTTOCOMMISSIONE ESAME DI AVVOCATO

DAL 1 MAGGIO 1999 - AL 2 MAGGIO 2002

**CO.SE.S SOCIETA' COOPERATIVA SERVIZI A.R.L.**

PIAZZA ALCIDE DE GASPERI N. 28 - PALERMO

**VICEPRESIDENTE DELLA COOPERATIVA**, CON FUNZIONI DI  
COORDINAMENTO DEI LAVORATORI IMPEGNATI NEL PROGETTO N.  
1032/RIM L.P.U./97/PA - EX LPU 9091/97 E REFERENTE NEI RAPPORTI  
CON GLI ORGANI ESTERNI DELLA COOPERATIVA.

DAL 17 MAGGIO 2000 AL 31 DICEMBRE 2000

**ACCADEMIA DELLE BELLE ARTI - PALERMO**

ASSUNZIONE CON CONVENZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO

NELL'AMBITO DEL REGIME TRANSITORIO DI CUI ALLA L.R. 24/200 CON

**MANSIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO.**

DAL 1 GENNAIO 2001 AL 1 MAGGIO 2002

**COMUNE DI CARINI (PA)**

RIPARTIZIONE AFFARI GENERALI E GESTIONE DEL PERSONALE

Tipo di Impiego	ASSUNZIONE CON CONVENZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO NELL'AMBITO DEL REGIME TRANSITORIO DI CUI ALLA L.R. 24/200 CON <u>MANSIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO.</u>
Date (da - a)	DAL 2 MAGGIO 2002 AL 3 NOVEMBRE 2005
Nome e Indirizzo del Datore di Lavoro	<b>AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO - PALERMO SETTORE AFFARI GENERALI, LEGALI E CONTENZIOSO</b>
Tipo di Impiego	ASSUNZIONE CON CONVENZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO NELL'AMBITO DEL REGIME TRANSITORIO DI CUI ALLA L.R. 24/200 CON <u>MANSIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO.</u>
Date (da - a)	DAL 4 NOVEMBRE 2005 AL 3 NOVEMBRE 2010
Nome e Indirizzo del Datore Lavoro	<b>AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO - PALERMO SETTORE DEL PERSONALE</b>
Tipo di Impiego	<b>CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CON RAPPORTO A TEMPO PIENO DELLA DURATA DI CINQUE ANNI, CON LA QUALIFICA DI COADIUTORE AMMINISTRATIVO CATEGORIA B", POSIZIONE ECONOMICA B1", PROFILO PROFESSIONALE COADIUTORE AMMINISTRATIVO, RUOLO AMMINISTRATIVO.</b>
Date (da - a)	DAL 4 NOVEMBRE 2010 AL 3 NOVEMBRE 2015
Nome e Indirizzo del Datore di Lavoro	<b>AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO DIREZIONE GENERALE</b>
Tipo di Impiego	<b>CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CON RAPPORTO A TEMPO PIENO, NELLA POSIZIONE FUNZIONALE DI COADIUTORE AMMINISTRATIVO CATEGORIA B", POSIZIONE ECONOMICA B1", PROFILO PROFESSIONALE COADIUTORE AMMINISTRATIVO, RUOLO AMMINISTRATIVO, CON CONTRATTO QUINQUENNALE.</b>
Date (da - a)	DAL 4 NOVEMBRE 2015 AL 31 GENNAIO 2018
Nome e Indirizzo del Datore di Lavoro	<b>AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO SETTORE RISORSE UMANE</b>
Tipo di Impiego	<b>CONTRATTO INDIVIDUALE DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO CON RAPPORTO A TEMPO PIENO, NELLA POSIZIONE FUNZIONALE DI COADIUTORE AMMINISTRATIVO CATEGORIA B", POSIZIONE ECONOMICA B1", PROFILO PROFESSIONALE COADIUTORE AMMINISTRATIVO, RUOLO AMMINISTRATIVO.</b>
Date (da - a)	DAL 1 FEBBRAIO 2018 A TUTT'OGGI
Nome e Indirizzo del Datore di Lavoro	<b>AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO DIREZIONE GENERALE</b>
Tipo di Impiego	<b>CON CONTRATTO <u>A TEMPO INDETERMINATO</u> DI COADIUTORE AMMINISTRATIVO FINO AL 26.12.2022 CON CONTRATTO <u>A TEMPO INDETERMINATO</u> DI ASSISTENTE AMMINISTRATIVO DAL 27.12.2022.</b>

*Di*

<p>Tipo di Impiego Principali Mansioni e Responsabilità</p>	<p>DAL 01.09.2003 AL 31.10.2005 STUDIO LEGALE FRAGALA' – P.ZZA V.E.ORLANDO PALERMO STUDIO LEGALE DI TRAPANI – VIA N. TURRISI 48 PALERMO STUDIO LEGALE FAVATA-SALLUSTRO – VIA N. TURRISI 59 PALERMO CONSULENZA ESTERNA SU PROCEDIMENTI E ATTI DI CARATTERE PENALE E CIVILE.</p>
<p><b>Corsi – Seminari – Convegni</b></p>	
<p>Date (da – a)</p>	<p>8 LUGLIO 2000</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI IDONEITA' RILASCIATO AD ESITO DEL CORSO DI FORMAZIONE PER AMMINISTRATORI DI CONDOMINI ED IMMOBILI CORSO DELLA DURATA DI ANNI UNO CON ESAME FINALE</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>ASSOCIAZIONE NAZIONALE AMMINISTRATORI CONDOMINIALI E IMMOBILIARI</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>2001</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI FREQUENZA RILASCIATO DURANTE IL CORSO DI TECNICO INFORMATICO E GRAFICO PUBBLICITARIO DELLA DURATA DI ANNI UNO</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>ENFAP – PALERMO</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>DAL 1 FEBBRAIO 2002 AL 1 GIUGNO 2002</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>DIPLOMA DI MERITO “LA POLITICA E LA CULTURA NEL XXI SECOLO: LE SINTESI POSSIBILI” LE RADICI DELL’ORDINE MONDIALE</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>IV CORSO DI STUDI POLITICI E CULTURALI</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>30 NOVEMBRE 2004 – 1/2 DICEMBRE 2004</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI FREQUENZA PROCESSO PENALE E CRIMINALITA’ ORGANIZZATA</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>CORSO I DI LAUREA IN SCIENZE GIURIDICHE DELLA FACOLTA’ DI GIURISPRUDENZA E DAL DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE PROCESSUALPENALISTICHE DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PALERMO</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>20 – 21 DICEMBRE 2004</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE “IL BUDGET COME STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO”</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>CEFPAS IN COLLABORAZIONE CON L’AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>10 MAGGIO 2005</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI FREQUENZA DI IDONEITA’ III CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE</p>
<p>Nome Istituto o Ente</p>	<p>CAMERA PENALE “G. BELLAVISTA” – PALERMO</p>
<p>Date (da – a)</p>	<p>9 GIUGNO 2006</p>
<p>Tipo di Istruzione e Formazione</p>	<p>ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE INCONTRO FORMATIVO “APPLICAZIONE NORMATIVA TUTELA DATI</p>

Date (da – a)	15 NOVEMBRE 2006
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE SEMINARIO “LA PRIVACY IN AMBITO SANITARIO: MISURE DI SICUREZZA MINIME E ADEGUATE”
Nome Istituto o Ente	CEFPAS IN COLLABORAZIONE CON L’AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO
Date (da – a)	26 MARZO 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE “LA PRIVACY IN SANITA’”
Nome Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO
Date (da – a)	6 – 7 APRILE 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	CERTIFICATO DI PARTECIPAZIONE PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE PER COADIUTORI AMMINISTRATIVI “ORGANIZZAZIONE AZIENDALE E PROCEDURE AMMINISTRATIVE”
Nome Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO
Date (da – a)	5 – 7 MAGGIO 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	CERTIFICATO DI PARTECIPAZIONE PROGETTO FORMATIVO “LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO”
Nome Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO
Date (da – a)	29 MAGGIO 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CONVEGNO REGIONALE “TUTTI GLI IMPEGNI E L’IMPEGNO DI TUTTI PER UNA SANITA’ MIGLIORE: DAL PIANO DI RIENTRO, ALLA LEGGE DI RIFORMA, AL NUOVO SSR”
Nome Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO – PALERMO
Date (da – a)	25 GIUGNO 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE INCONTRO FORMATIVO PER IL PROGETTO REGIONALE SERVIZIO CIVILE PRESSO L’AZIENDA OSPEDALIERA O.C.R. DI SCIACCA
Nome Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA O.C.R. DI SCIACCA (AG)
Date (da – a)	30 LUGLIO 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE AMMISSIONE CANDIDATI PER IL PROGETTO REGIONALE SERVIZIO CIVILE PRESSO L’AZIENDA OSPEDALIERA O.C.R. DI SCIACCA
Nome e Istituto o Ente	AZIENDA OSPEDALIERA O.C.R. DI SCIACCA (AG)
Date (da – a)	9 – 14 NOVEMBRE 2009
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE “BISOGNI FORMATIVI PER LA FIGURA DI FORMATORE GENERALE DEL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE IN AMBITO REGIONALE”
Nome Istituto e Ente	UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI PALERMO

Date (da – a)	22 dicembre 2010
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE EVENTO “LA GIORNATA DELLA SALUTE” ASSSORATO REGIONALE DELLA SALUTE
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	24 maggio 2011
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE FORUM MEDITERRANEO IN SANITA’ ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	7 novembre 2011
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PROGETTO REGIONALE PER L’OSPEDALE TERRITORIO SENZA DOLORE ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	15 dicembre 2011
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE CONVEGNO “CONTABILITA’ ECONOMICO PATRIMONIALE E FINANZIARIA NELLE AZIENDE SANITARIE” ISEL – ISTITUTO DOCUMENTAZIONE RICERCHE E FORMAZIONE PER GLI ENTI LOCALI , CON IL PATROCINIO DELLA PRESIDENZA DELLA REGIONE SICILIANA
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	16 aprile 2013
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE  CORSO DI FORMAZIONE “ DOCUMENTO INFORMATICO, FIRMA DIGITALE E POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA” A.O. OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA CERVELLO
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	10 luglio 2013
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE EVENTO “I TRAPIANTI EMPOPOIETICI ALL’OSPEDALE CERVELLO, ALLA LUCE DELL’ACCREDITAMENTO JACIE” AULA MAGNA “VIGNOLA” – OSPEDALE CERVELLO
Nome Istituto e Ente	
Date (da – a )	10 dicembre 2024
Tipo di Istruzione e Formazione	ATTESTATO DI ADDETTO ANTINCENDIO  AULA FICI – OSPEDALE CERVELLO
Nome Istituto e Ente	
Capacità di Lettura	OTTIMA
Capacità di Scrittura	OTTIMA

Altre Lingue  
Capacità di Lettura  
Capacità di Scrittura  
Capacità di  
Espressione Orale

INGLESE  
OTTIMA  
OTTIMA  
OTTIMA

Attestazione lodevole servizio reso presso l'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello.

Lettera di encomio rilasciata il 17 agosto 2017 dal Direttore della Unità Operativa Complessa Risorse Umane

### Capacità personali

Completano il profilo ottime capacità di lavorare per obiettivi, intelligenti abilità comunicative e relazionali, spiccate capacità organizzative, entusiasmo ed elevata motivazione alla crescita professionale, capacità di operare sotto pressione, naturale propensione al lavoro di gruppo, precisione, affidabilità, e costante interesse di aggiornarsi in merito a normative contrattuali e legislative.

Notevole esperienza acquisita NELL'ARCO DELLA PROPRIA CARRIERA LAVORATIVA ULTRAVENTENNALE in tutti i campi riguardanti iter amministrativi e procedurali, nell'ambito degli adempimenti da ricondurre alla competenza delle articolazioni funzionali della UOC di Risorse Umane, del Provveditorato, del Settore Economico Finanziarie e degli Affari Generali

Capacità e  
competenze  
informatiche

Ottima conoscenza del pacchetto office e di tutti i più diffusi software applicativi.  
Ottima conoscenza di tutti i programmi di scrittura su PC e di tutti i programmi di navigazione internet e comunicazione via rete.

Patente

Sono in possesso della Patente "B"

Palermo, li 01.05.2025

In fede

---

Si autorizza il trattamento dei dati personali in riferimento alla Legge 31 dicembre 1996 n. 675 e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196

Ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, la sottoscritta, sotto la propria responsabilità, attesta la veridicità delle dichiarazioni riportate nel presente curriculum.

Firma