

Gentile Dr.ssa Vania **Galli**
v. galli@ausl.mo.it

Oggetto: Conferimento incarico di responsabile scientifico per il **Corso di formazione per i tecnici di radiologia impegnati nei programmi di screening mammografico. IV Fase - Palermo, 22-23 Settembre 2025** (Abbrev. corso Screening_2025. Codice corso: E5610. CdC 03010601)

Le conferiamo l'incarico di responsabile scientifico relativamente al **Corso di formazione per i tecnici di radiologia impegnati nei programmi di screening mammografico IV Fase**, che avrà luogo presso i locali dell'ASP di Palermo, Via Onorato n.6, nei giorni 22 e 23 Settembre 2025.

Il suddetto incarico Le viene attribuito a seguito di individuazione da parte del DASOE, Assessorato della Salute regione Sicilia (prot. 6649 del 27/06/2025) e considerata la sua iscrizione all'Albo permanente del 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, anche sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS, è fissato in euro 200,00 (duecento/00) per la responsabilità scientifica, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

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.

Entro 7 giorni precedenti l'inizio dell'incarico, ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, **dovrà restituire**, a mezzo pec all'indirizzo 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).

Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico, ovvero dalla conclusione di ogni singolo modulo nel caso di attività formativa 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.

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. 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 responsabile del corso, Giulia Maggiore, maggiore@cefpas.it, - 0934 505313 è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Giulia **Maggiore**
Responsabile del Procedimento
Giulia Maggiore


Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro

/

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

Incarico di Responsabile scientifico relativamente al Corso di formazione per i tecnici di radiologia impegnati nei programmi di screening mammografico. IV Fase (Abbrev. corso Screening_2025. Codice corso: E5610. CdC 03010601), che avrà luogo nei locali dell'ASP di Palermo, Via Onorato n.6 nelle date **22 e 23 Settembre 2025**.

La sottoscritta 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, 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, 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.

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: VANIA GALLI

Cognome:	GALLI
Nome:	VANIA
Collaboratori:	NO
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea triennale
Settore Titolo Studio:	TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA
Ambito:	Etica e deontologia professionale
Ruolo Professionale:	Specialist Radiographer in ambito Senologico, Breast Unit- Screening Mammografico
Esperienza Professionale.:	Formazione teorico-pratica in ambito Senologico su Job, Competence e Ruolo del TSRM
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Management e Risorse Umane
Ruolo Professionale:	Docente formatore Universitario in Management, Formazione e Coordinamento delle Professioni Sanitarie
Esperienza Professionale.:	Attività Formativa e di Audit in Management, Coordinamento e Project Work nelle Organizzazioni Sanitarie
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Qualità
Ruolo Professionale:	Incarico di Funzione Organizzativa Servizio Qualità e Accreditamento Direzione Ausl Mo
Esperienza Professionale.:	Organizzazione attività di Qualità ed Accreditamento Sanitario Aziendale e formazione rete RAQ
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Formazione e sviluppo
Ruolo Professionale:	Referente Formazione dipartimentale -Dipartimento Integrato Diagnostica per Immagini Ausl MO-Aou MO
Esperienza Professionale.:	Formazione e sviluppo Area tecnico-professionale, Piano Formazione Dipartimentale Professionisti Sanitari
Esperienze Didattico Formativa:	>12

Ambito:	Management e modelli organizzativi
Ruolo Professionale:	Responsabile Regionale Gruppo Coordinamento TSRM Screening Mammografico Regione Emilia-Romagna
Esperienza Professionale.:	Coordinamento Regionale Organizzazione System Quality e Monitoraggio Screening Mammografico
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Valutazione delle performance
Ruolo Professionale:	Responsabile Regionale Gruppo CQ, Nuove Tecnologie e Formazione TSRM e Radiologi Regione Emilia-Romagna
Esperienza Professionale.:	Coordinamento Regionale System Quality, Valutazione e Formazione Screening Mammografico
Esperienze Didattico Formativa:	>12
Ambito:	Prevenzione e Promozione della Salute
Ruolo Professionale:	Collaboratore Coordinamento Programmi di Screening Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica Generale Cura della Persona Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna
Esperienza Professionale.:	Coordinamento Regionale attività Screening Mammografico
Esperienze Didattico Formativa:	>12