

Gent.mo Vincenzo Castelli

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**), 26 settembre 2025 Asp di Agrigento.

Facendo seguito alla proposta ricevuta in data 26/06/2025 dal Responsabile dell'U.O. S Formazione dell'Asp di Agrigento, le conferiamo l'incarico di tutor d'aula per complessive n. 6 ore nell'edizione programmata il 26 settembre 2025, 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 avrà luogo presso l'Aula del P.O. di Canicattì.

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 € 150,00 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.

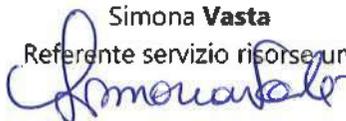
Ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, **dovrà restituire**, a mezzo pec all'indirizzo cefpas@legalmail.it **la dichiarazione sostitutiva allegata alla presente**, debitamente compilata e firmata, **unitamente alla copia di un documento 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. 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 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 Vincenzo Castellù 26 settembre 2025 - 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.



FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome Castelli Vincenzo
Indirizzo

Telefono
Fax
E-mail

Nazionalità Italiana

Data di nascita 24/01/1975

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) 01/09/1997-31/12/1997
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario di Palermo
- Tipo di azienda o settore *Sanitario*
- Tipo di impiego Incaricato
- Principali mansioni e responsabilità Infermiere Professionale

ORDINE DI SERVIZIO : Ordine di servizio del 13/08/2007 prot. N°1064 D.S.
Il Direttore Sanitario del P.O. di Canicattì
Dott.ssa. Antonini Maria Grazia, attribuisce l'attività,
di coordinamento, verifica e controllo delle attività di S.O.
oltre all'attività di strumentista di sala operatoria propria
della qualifica di appartenenza.

DISPOSIZIONE DI SERVIZIO Disposizione di servizio del 31/05/2019 prot. N° 95318 a firma
del Direttore Sanitario del P.O. di Canicattì dott. Augello
Giuseppe, dove viene affidata la pianificazione delle attività
Di pianificazione delle attività del complesso operatorio, con
Particolare riguardo: nella predisposizione dei turni,
ottimizzazione della tempistica, rispetto delle procedure
igienico sanitarie nonché del processo di sterilizzazione.

DISPOSIZIONE Disposizione di servizio del 08/05/2020 Prot. N°70067 da parte
Del Dott. Prof. Alfonso Maiorana Responsabile del Blocco

Operatorio del presidio Ospedaliero di Canicatti, dove viene Affidata la Manzione di coordinatore del Complesso Operatorio.

DI SERVIZIO

ATTESTAZIONE DI SERVIZIO

Attestazione di servizio da parte del Direttore Sanitario del Dottor Salvatore Castellano dove si certifica di svolgere Attività di gestione del servizio di Interruzione Volontaria di gravidanza

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *02/02/1998-25/05/1998*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo*
- Tipo di azienda o settore *Sanitario*
- Tipo di impiego *Di ruolo*
- Principali mansioni e responsabilità *Infermiere Professionale strumentista di sala operatoria*

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *26/05/1998-30/04/2001*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena*
- Tipo di azienda o settore *Sanitario*
- Tipo di impiego *Di ruolo*
- Principali mansioni e responsabilità *Infermiere Professionale strumentista di sala operatoria*

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) *01/05/2001-a tutt'oggi*
- Nome e indirizzo del datore di lavoro *Azienda U.S.L. N°1 di Agrigento*
- Tipo di azienda o settore *Sanitario*
- Tipo di impiego *Di ruolo*
- Principali mansioni e responsabilità *Infermiere Professionale strumentista di sala operatoria*

**ISTRUZIONE E
FORMAZIONE**

- Date (da – a) Anno scolastico 1995/96
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Istituto Magistrale L.R. Luigi Pirandello di Sommatino (CL)

Italiano, Storia, Matematica, Latino, Filosofia, Chimica, Geografia astronomica, Diritto, Fisica.
- Qualifica conseguita **Diploma di Maturità Magistrale**
- Data Anno Accademico 2023/2024
- Nome e tipo di Istituto Università Degli Studi Ecampus, Università Telematica
- qualifica conseguita **Laurea Magistrale in Scienze Dell'economia**
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) //////////////////////////////////////
////////////////////////////////////
- Date (da – a) Anno scolastico 1994/95
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Scuola per Infermieri professionali
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Anatomia, fisiologia patologia Medica, patologia Chirurgica, tecnica infermieristica, educazione sanitaria medicina preventiva, pediatria, geriatria, immunoematologia, igiene, dermatologia, ginecologie e ostetricia, psicologia, puericultura, pedagogia, fisica, biofisica, chimica.
- Qualifica conseguita **Diploma di Infermiere Professionale**
- Date (da – a) Anno scolastico 1996/97
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita **Idoneità del Corso Integrativo**
////////////////////////////////////
////////////////////////////////////
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)
- Date (da – a) Anno accademico 2008/2009
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Università Telematica G. Fortunato
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio Diritto, igiene, statistica, organizzazione sanitaria, epidemiologia
- Qualifica conseguita **Master di I° livello in: coordinamento e management della funzione Infermieristica**

ù

• Capacità di espressione
orale

Ottima

CAPACITÀ E COMPETENZE
RELAZIONALI

OTTIMA LA CAPACITÀ DI COMUNICARE DI COLLABORARE IN EQUIPE, CON
LE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI APPARTENENTI CON LA STESSA UNITÀ
OPERATIVA.

*Vivere e lavorare con altre
persone, in ambiente
multiculturale, occupando
posti in cui la
comunicazione è
importante e in situazioni
in cui è essenziale lavorare
in squadra (ad es. cultura e
sport), ecc.*

CAPACITÀ E COMPETENZE
ORGANIZZATIVE

*Ad es. coordinamento e
amministrazione di
persone, progetti, bilanci;
sul posto di lavoro, in
attività di volontariato (ad
es. cultura e sport), a casa,
ecc.*

Ottima la capacità di sapere organizzare il lavoro sia in elezione che in
situazioni di emergenza-urgenza; partecipa con interesse al programma
di sorveglianza delle infezioni ospedaliere e del loro monitoraggio;
inoltre collaboro con la direzione sanitaria nella formulazione di linee
guida e protocolli gestionali, partecipa ad attività di volontariato presso
l'associazione MISERICORDIA di Ravanusa come autista- soccorritore,
inoltre svolgo attività di docenza ai corsi O.S.A. presso l'istituto Toniolo
di Canicatti; svolge attività di volontariato (servizio civile) come O.L.P.
accogliere con un sorriso.

CAPACITÀ E COMPETENZE
TECNICHE

*Con computer, attrezzature
specifiche, macchinari, ecc.*

Discreta la conoscenza e l'utilizzo del computer; ottimo l'utilizzo, le
modalità di pulizia e la sua sterilizzazione, non che il giusto stoccaggio
e la conservazione dello strumentario chirurgico. Ottimo l'utilizzo delle
apparecchiature delle sale operatorie.

CAPACITÀ E COMPETENZE
ARTISTICHE

*Musica, scrittura, disegno
ecc.*

scarse

ALTRE CAPACITÀ E
COMPETENZE

*Competenze non
precedentemente indicate.*

Nomina da parte del direttore sanitario del presidio ospedaliero come
TUTOR degli allievi tirocinanti dei vari corsi O.S.A. e O.S.S.
attività di docenza corso di formazione O.S.S. organizzato dall'azienda
U.S.L.1 ;
attività di docenza al corso di formazione per infermieri professionali
sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere, organizzato dall'Azienda
U.S.L. 1;
attività di docenza presso l'Istituto Toniolo di Canicatti ai corsi O.S.A. e
riqualifiche O.S.S.

PATENTE O PATENTI

B

ULTERIORI INFORMAZIONI

////////////////////////////////////
////////////////////////////////////

ALLEGATI Si riserva di presentare tutta la documentazione dichiarata al momento della sua richiesta.

Il sottoscritto è a conoscenza che, ai sensi dell'art. 26 della legge 15/68, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali. Inoltre, il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dalla Legge 675/96 del 31 dicembre 1996.

Dichiara inoltre ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. che regola le leggi in materia di autocertificazione, che tutto quanto dichiarato dal sottoscritto corrisponde a verità.

Città , data

Castelli 16/4/2025

Dr. Vincenzo Castelli Infermiere