

Gent.mo Giuseppe **Valentino**

**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**), ARNAS Garibaldi di Catania 26 novembre 2025.

Facendo seguito alla proposta ricevuta con nota prot. 253 del 16/05/2025 dalla Direzione dell'ARNAS Garibaldi di Catania, le conferiamo l'incarico di tutor d'aula per complessive n. 6 ore nell'edizione programmata il 26 novembre 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 avranno luogo presso le aule dell'ARNAS Garibaldi di Catania.

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 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.

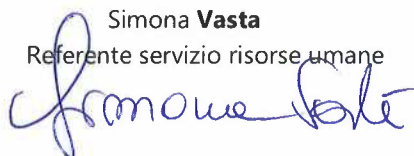
L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del Codice civile e il compenso corrisposto, è fissato in euro 25,00 (venticinque/00) per ogni ora effettiva di tutoraggio, per un totale complessivo di € 150,00 al lordo delle ritenute di legge e degli oneri riflessi. 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](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 ss. D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

Incarico di Tutor d'aula Giuseppe Valentino 26 novembre 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](mailto:cefpas@legalmail.it).



## CURRICULUM FORMATIVO/PROFESSIONALE

Il presente curriculum è redatto dalla ~~sig.ra~~ VALENTINO GIUSEPPE  
Nata a CATANIA (CT) il 04/01/1970 ai sensi art. 46 e 47  
del DPR 445/2000 s.m.i.

### DATI ANAGRAFICI

Cognome VALENTINO

Nome GIUSEPPE

Luogo di nascita CATANIA (CT) Data 04/01/1970

Indirizzo

e-mail

Recapito telefonico

sede di lavoro ARNAS "GARIBALDI" CATANIA

abitazione

cellulare

## STUDI

**1. Scuola media superiore :** ISTITUTO TECNICO - SETT. ECONOMICO

nome scuola/ istituto «PITAGORA» DI CATANIA

votazione conseguita 60/100

anno 2014/2015

DIPLOMA IN AMMINISTRAZIONE FINANZA E MARKETING

### 2. Università

facoltà \_\_\_\_\_

corso laurea/indirizzo \_\_\_\_\_

titolo tesi \_\_\_\_\_

votazione conseguita \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_

### 3. Specializzazione post laurea

facoltà \_\_\_\_\_

corso laurea/indirizzo \_\_\_\_\_

titolo tesi \_\_\_\_\_

votazione conseguita \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ mese \_\_\_\_\_ giorno \_\_\_\_\_

### 5. Conoscenze informatiche:

Principali prodotti software conosciuti (livello base, buono, ottimo)

WORD : BUONO

### ESPERIENZE LAVORATIVE

- Società/ente/azienda ARNAS "GARIBALDI" CATANIA

settore di attività SANITA'

posizione ricoperta (categoria/profilo professionale) COADIUTORE "B"

(ATTUALI)  
mansioni svolte SETTORE "RISORSE UMANE" - UFFICIO PRESENZE  
IN SERVIZIO - DAL 13/04/1992 AD OGGI

- Società/ente/azienda \_\_\_\_\_

settore di attività \_\_\_\_\_

posizione ricoperta (categoria/profilo professionale) \_\_\_\_\_

mansioni svolte \_\_\_\_\_

- Società/ente/azienda \_\_\_\_\_

settore di attività \_\_\_\_\_

posizione ricoperta (categoria/profilo professionale) \_\_\_\_\_

mansioni svolte \_\_\_\_\_

2. **Conoscenza lingue straniere** (base/discreta/buona/ottima):

lingua INGLESE parlato BASE

scritto BASE

lingua \_\_\_\_\_ parlato \_\_\_\_\_

scritto \_\_\_\_\_

lingua \_\_\_\_\_ parlato \_\_\_\_\_

scritto \_\_\_\_\_

3. **Principali corsi di aggiornamento professionale o formazione, specializzazioni, stages, masters ecc.**

1. Tipo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

2. Tipo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

3. Tipo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

4. Tipo \_\_\_\_\_

Argomento \_\_\_\_\_

Luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

**Altre informazioni ritenute utili al fine della collocazione più idonea del candidato all'interno dell'Amministrazione**

ESPERIENZA ACQUISITA NEGLI ANNI

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi D.L. 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia dei dati personali (facoltativo)".**

Data 25/01/2022

Firma