

Incarico di docente per complessive n. 4 ore, nel giorno 26 settembre 2025, relativamente al Programma Formativo Regionale DM 77 rivolto agli Infermieri di Comunità - IFEC (PNRRDM771FEC - Autorizzazione di spesa 140/2024, CDC 03010802), Classe 3 (PA-TP), che avrà luogo a Palermo.

li/la sottoscritto/A NOME: GIOVANNA COGNOME: FANTACI 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

DICHARA

1. di non incorrere nelle cause di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi previsti dal D.Lgs 8/4/73, n. 39, attuativo dell'art. 7, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2072, n. 790;
2. di non incorrere in situazioni, anche potenzia/i, di conflitto di interesse ai sensi della normativa vigente;
3. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi al mantenimento de/l'incarico (art. 20 D.Lgs 39/2073);
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: ASP TRAPANI; INDIRIZZO: Via Mazzini n.1; CAP: 91100; CITTA': TRAPANI

☐ di non essere dipendente di Ente Pubblico

6. ☐ di essere dipendente pubblico esonerato dal produrre apposita autorizzazione dell'Ente di appartenenza, in quanto rientrando in una delle categorie per le quali è prevista l'esclusione di cui al comma 6 art. 53 del D.lgs. 765/2007, 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)

☐ **X 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 de/l'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 (sesi, indicare quali) _____

☐ No

8. ☒ che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/7972

☐ che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura

9. di aver preso visione, per i corsi ECM, del/"Informativa Privacy - Formatori Corsi ECM " - consultabile sul sito istituzionale del/'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 23/09/2025

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: Giovanna Fantaci

Cognome:	Fantaci
Nome:	Giovanna
Collaboratori:	s1
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	Laurea Scienze Statistiche ed Economiche
Ambito:	PNRR FM/Elementi di statistica applicata alla gestione dei dati aziendali
Ruolo Professionale:	Dirigente statistico dell'U.O.S.D Registro tumori di Trapani, Dipartimento di Prevenzione dell'Asp di Trapani,
Esperienza Professionale.:	Dal 01/11/2019 ad oggi Dirigente Statistico presso l'U.O.S.D. Registro Tumori di Trapani, Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Trapani; Dal 22/12/2020 ad oggi è Referente del Piano Nazionale Esiti (PNE) per la py regione Sicilia all interno del Comitato Nazionale, con la funzione di su nazionale di valutazione degli esiti con particolare riferimento allo sviluppo delle linee programmatiche e alla 1 validazione delle proposte di aggiornamento e implementazione del PNE
Esperienze Didattico Formativa:	1 4-5

