

Gent.ma Rosita Treppiedi

Oggetto: Conferimento incarico di docente **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), Azienda Ospedaliera Villa Sofia-Cervello Palermo 9 dicembre 2025.

Facendo seguito alla proposta ricevuta il giorno 1/12/2025 dalla Direzione dell'Azienda Ospedaliera Villa Sofia Cervello, le conferiamo l'incarico di tutor d'aula per complessive n. 6 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 il 9 dicembre 2025.

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.);



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



- 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



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



CEFPAS

Centro per la formazione
permanente e l'aggiornamento
del personale del servizio sanitario
P.Iva Cod. Fiscale 01427360852

Sede Legale
via Giuseppe Mulè, 1
93100 Caltanissetta
+39 0934 505199
info@cefpas.it

Sede Operativa
via Mario Vaccaro, 5
90145 Palermo
+39 091 7079361
palermo@cefpas.it



www.cefpas.it

Ente sottoposto a
vigilanza e controllo
dell'Assessorato
Regionale della Salute
della Regione Siciliana



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

Incarico di Tutor d'aula Rosita Treppiedi 9 dicembre 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 rientrando 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.

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

TREPPIEDI 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
MANSIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO.

Date (da - a)

DAL 2 MAGGIO 2002 AL 3 NOVEMBRE 2005

Nome e Indirizzo del

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO - PALERMO
SETTORE AFFARI GENERALI, LEGALI E CONTENZIOSO**

Datore di Lavoro

Tipo di Impiego

**ASSUNZIONE CON CONVENZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO
NELL'AMBITO DEL REGIME TRANSITORIO DI CUI ALLA L.R. 24/200 CON
MANSIONI DI SUPPORTO AMMINISTRATIVO.**

Date (da - a)

DAL 4 NOVEMBRE 2005 AL 3 NOVEMBRE 2010

Nome e Indirizzo del

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA CTO - PALERMO
SETTORE DEL PERSONALE**

Datore Lavoro

Tipo di Impiego

**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.**

Date (da - a)

DAL 4 NOVEMBRE 2010 AL 3 NOVEMBRE 2015

Nome e Indirizzo del

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO
DIREZIONE GENERALE**

Datore di Lavoro

Tipo di Impiego

**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.**

Date (da - a)

DAL 4 NOVEMBRE 2015 AL 31 GENNAIO 2018

Nome e Indirizzo del

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO
SETTORE RISORSE UMANE**

Datore di Lavoro

Tipo di Impiego

**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.**

Date (da - a)

DAL 1 FEBBRAIO 2018 A TUTT'OGGI

Nome e Indirizzo del

**AZIENDA OSPEDALIERA VILLA SOFIA - CERVELLO - PALERMO
DIREZIONE GENERALE**

Datore di Lavoro

Tipo di Impiego

**CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI COADIUTORE
AMMINISTRATIVO FINO AL 26.12.2022
CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO DI ASSISTENTE
AMMINISTRATIVO DAL 27.12.2022.**

Tipo di Impiego
Principali Mansioni e
Responsabilità

**Corsi – Seminari –
Convegni**

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

Nome Istituto o Ente

Date (da – a)

Tipo di Istruzione e
Formazione

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.

8 LUGLIO 2000

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

ASSOCIAZIONE NAZIONALE AMMINISTRATORI
CONDOMINIALI E IMMOBILIARI

2001

ATTESTATO DI FREQUENZA

RILASCIATO DURANTE IL CORSO DI TECNICO INFORMATICO E
GRAFICO PUBBLICITARIO DELLA DURATA DI ANNI UNO

ENFAP – PALERMO

DAL 1 FEBBRAIO 2002 AL 1 GIUGNO 2002

DIPLOMA DI MERITO

“LA POLITICA E LA CULTURA NEL XXI SECOLO: LE SINTESI POSSIBILI”
LE RADICI DELL'ORDINE MONDIALE

IV CORSO DI STUDI POLITICI E CULTURALI

30 NOVEMBRE 2004 – 1/2 DICEMBRE 2004

ATTESTATO DI FREQUENZA

PROCESSO PENALE E CRIMINALITA' ORGANIZZATA

CORSO I DI LAUREA IN SCIENZE GIURIDICHE DELLA FACOLTA' DI
GIURISPRUDENZA E DAL DIPARTIMENTO DI DISCIPLINE
PROCESSUALPENALISTICHE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PALERMO

20 – 21 DICEMBRE 2004

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

CORSO DI FORMAZIONE “IL BUDGET COME STRUMENTO DI
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO”

CEFPAS IN COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA OSPEDALIERA
VILLA SOFIA CTO – PALERMO

10 MAGGIO 2005

ATTESTATO DI FREQUENZA DI IDONEITA'

III CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

CAMERA PENALE “G. BELLAVISTA” – PALERMO

9 GIUGNO 2006

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

INCONTRO FORMATIVO “APPLICAZIONE NORMATIVA TUTELA DATI

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 |
| Nome Istituto e Ente | ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE |
| 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 |
| Nome Istituto e Ente | AULA FICI – OSPEDALE CERVELLO |
| 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