



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



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

Incarico di docente per complessive 2 ore il 3 dicembre 2025, Moduli B e C - 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 **Antonino Incardona** 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).

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

5.  essere dipendente di un Ente Pubblico: \_\_\_\_\_ denominazione ente **ASP AG**  
**VIALE DELLA VITTORIA** n. **321** CAP **91100** CITTA' **AGRIGENTO**

non essere dipendente di Ente Pubblico

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.

6.  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. 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 si, 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.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
di PREVENZIONE

**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





Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



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 28/11/2025

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.



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 Mule, 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](http://www.cefpas.it)

Ente sottoposto a  
vigilanza e controllo

dell'Assessorato  
Regionale della Salute  
della Regione Siciliana

Moduli 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)

Date Incarico 03 DICEMBRE 2025 Docente

Nome e Cognome ANTONINO R. INCARDONA

Modulo B - Richiesta di versamento per prestazione occasionale per importi non soggetti a gestione separata



Spett. le CEFPAS

Via G. Mulè, 1

93100 Caltanissetta

Il sottoscritto ANTONINO MASSIMO ROBERTO INCARDONA

Codice Fiscale NCRNNN67D23B428R

dichiara di avere svolto in data 03 DICEMBRE 2025

l'incarico conferito con nota prot. n.10882/2025 del 03/11/2025

pertanto chiede di versare l'importo riportato di seguito sul c/c intestato a

INCARDONA ANTONINO ETERANGELA presso la filiale PIZZI VITTORIO EMANUELE N° 9 della Banca INTESA SANPAOLO

IBAN IT35X03069166001000000012604

#### Dettaglio IMPORTO

- |  |                    |
|--|--------------------|
| A) Compenso lordo                        | Euro <u>200,00</u> |
| B) Ritenuta d'acconto Irpef (20% su A+B) | Euro <u>40,00</u>  |
| C) Netto percepito (A+B-C)               | Euro <u>160,00</u> |

Il/la sottoscritto/a dichiara che trattasi di prestazione occasionale ai sensi dell'art. 81 lett. L del TUIR 917/16 e non soggetta ad IVA ai sensi dell'art. 5 DPR 26/10/1972 n. 633 e successive modifiche ed integrazioni

Ai fini della corretta applicazione del contributo INPS previsto dall'art.44 del D.L. 30 settembre 2003, n.269 convertito in legge 24 novembre 2003 n.326, dichiaro che **per l'anno 2025** i redditi derivanti da rapporti di lavoro autonomo occasionale intrattenuti con il CEFPAS e con altri committenti **non superano il limite di euro 5.000,00**. Il compenso indicato nella presente nota spese **non è pertanto da assoggettare al contributo INPS** previsto dalla norma citata.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì, avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 3 del D.M. 10 novembre 2011 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del d.P.R. n. 445/2000, dall'articolo 483 del Codice penale e dalle leggi speciali in materia, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, **che la marca da bollo n. 01240902637690 (riportare il numero identificativo della marca da bollo)** apposta nello spazio dedicato sull'originale della presente dichiarazione **è stata annullata\*** ed è utilizzata per la sola presentazione dell'istanza. L'originale della presente dichiarazione, in caso di invio per pec, è custodito dal sottoscritto (con impegno a renderlo disponibile per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge).

Data 16/12/2025

Firma AR

\*L'annullamento della marca da bollo, applicata nell'apposito riquadro, deve avvenire mediante apposizione della firma, per esteso e leggibile, del Dichiante, parte sulla marca parte sul foglio.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i.)

**DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI  
ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445),

Il/la sottoscritto/a ANTONINO MASSIMO ROSSERIO INCARONA, nato/a a CALTANISSETTA  
il 23/07/1967 C.F. MRNNN67D23B429R residente a AGRICENTO (AG),  
via/piazza Pons Gallo, 890 Licata n. 1A

essendo obbligatorio indicare, negli atti e nella modulistica informatica, la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art.76 del DPR 28.12.2000 n. 445,

**sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445**

**DICHIARA**

- **di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per la notula di collaborazione occasionale (\*) per l'attività di docenza effettuata in data .....03-11-2025..... (cod. corso PNRRINFEZOSPI), con l'apposizione della marca da bollo (contrassegno telematico) avente numero identificativo: n. 01240902637630..... data 12-12-2025 annullata con apposizione della data e firma sulla stessa e parte del modulo;**
- **di essere a conoscenza che l'Autorità competente effettuerà i controlli previsti per legge sulle istanze presentate, e pertanto si impegna a conservare l'originale della presente dichiarazione presso la propria residenza e a renderlo disponibile a richiesta.**

AGRICENTO , 16/12/2025

Luogo

Data

Antonino Rossario Incarona

Il Dichiarante

(Firma Digitale)

**In caso di firma autografa la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido**

**AVVERTENZE:**

(\*) Il presente modulo deve essere debitamente compilato e firmato digitalmente dal dichiarante e deve essere allegato alla notula di collaborazione occasionale provvista della marca da bollo (contrassegno telematico) di € 2,00, annullata con apposizione della data e firma sulla stessa e parte del modulo.

