

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 **PNRRINFZOSPED** - 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 inconfiribilità 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. ☒ essere dipendente di un Ente Pubblico: AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO denominazione ente ASP AG
VIA DELLA VITTORIA n. 321 CAP 12100 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 sì, 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



Ministero della Salute



Italiadomani
PILANO NAZIONALE
DI POLITICA E SVILUPPO

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

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



Richiesta crediti ECM attività di docenza ☐ Si ☒ No

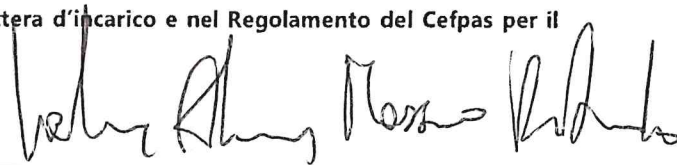
Il sottoscritto dichiara, altresì che le informazioni contenute nel curriculum vitae allegato all'istanza di iscrizione all'Albo Referenti scientifici/Docenti/Tutor sono rispondenti al vero alla data di sottoscrizione del CV.

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.

Date Incarico 03 DICEMBRE 2025 DOCENTE

Nome e Cognome ANTONINO M. R. INCARDONA

Mod. B - Dichiarazione 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 AGRICENTO
INCARDONA ANTONINO - BUTERA ANGELA presso la filiale PZA VITTORIO EMANUELE N° 9 della Banca
INTESA SANPAOLO

IBAN IT35X0306916600100000012604

Dettaglio IMPORTO

A) Compenso lordo

Euro 200,00

B) Ritenuta d'acconto Irpef (20% su A+B)

Euro 40,00

C) Netto percepito (A+B-C)

Euro 160,00

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

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

**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 ROBERTO INCARDONA nato/a a CALTANISSETTA
il 23/04/1967 C.F. NERNNN67D23B429R residente a AGRIGENTO (AG),
via/piazza VONS. CALOGERO 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 - DICEMBRE 2025 (cod. corso PNRRINF203P00), con l'apposizione della marca da bollo (contrassegno telematico) avente numero identificativo: n. 01240902637690 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.

AGRIGENTO 16/12/2025
Luogo Data

Antonino Massimo Roberto Incardona
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.

