

Sara **Lanza**

Oggetto: Esami finali del **Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa in possesso del Certificato di Formazione Manageriale** di cui al D.A. Salute n. 47/2021, Progetto FM RC 02 24, (FORMAN2024PAECM, c.d.C. 03010701 AUT. SPESA 100/2024), sede Palermo, 13 aprile 2026

La S.V. è nominata Componente della Commissione per lo svolgimento degli Esami finali del **Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa in possesso del Certificato di Formazione Manageriale** di cui al D.A. Salute n. 47/2021 (Progetto FM RC 02 24), che si terranno il giorno **13 aprile 2026 a Palermo**, presso l'**Assessorato Regionale della Salute**, Sala Riunioni, Piazza **Ottavio Ziino, 24**, dalle ore 09.30 e fino al completamento dei colloqui.

Il suddetto incarico Le viene attribuito nella qualità di referee dei Project Work.

Per l'incarico di componente della Commissione esaminatrice è riconosciuto il rimborso delle spese di trasferta secondo quanto stabilito dal regolamento docenti del CEFPAS.

Entro il giorno precedente l'inizio dell'incarico, ai fini del perfezionamento del suo conferimento e della successiva liquidazione del relativo compenso, **dovrà restituire**, a mezzo pec all'indirizzo cefpas@legalmail.it da un indirizzo di posta elettronica certificata a Lei direttamente riconducibile, **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).

I suoi dati anagrafici e curriculari sono oggetto di trattamento come da informativa sottoscritta al momento della sua registrazione. Sono inoltre trattati per il rispetto degli adempimenti di cui al d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

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.

Nel farle presente che per qualunque comunicazione la dirigente Daniela Falconeri, falconeri@cefpas.it, - 0934 505120 è a sua disposizione per ogni chiarimento, si coglie l'occasione per porgerle i più cordiali saluti.

Roberto **Sanfilippo**
Direttore del Centro
in prorogatio ex L.R. 22/1995

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

Incarico di Componente della Commissione esaminatrice per lo svolgimento degli Esami finali del **Corso di Ricertificazione per Direttore Sanitario e Direttore di Struttura Complessa in possesso del Certificato di Formazione Manageriale** di cui al D.A. Salute n. 47/2021 – sede Palermo, che avranno luogo nel giorno 13/04/2026

La sottoscritta **Sara Lanza** 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. *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, altra 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 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

La sottoscritta dichiara, altresì che le informazioni contenute nel curriculum vitae trasmesso 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.

Preso visione dell'informativa al trattamento dei dati, presente on line all'indirizzo <https://www.cefpas.it/privacy/>, ai sensi dell'art. 7 del GDPR 2016/679, la sottoscritta autorizza il CEFPAS a trattare i propri dati personali per le finalità indicate. **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 da un indirizzo di posta elettronica certificata direttamente riconducibile al mittente incaricato.



Cognome:	Lanza
Nome:	Sara
Collaboratori:	NO
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea vecchio ordinamento
Settore Titolo Studio:	medicina e chirurgia
Ambito:	PNRR_FM/Le reti integrate per la continuità assistenziale ospedale-territorio
Ruolo Professionale:	DIRETTORE SANITARIO
Esperienza Professionale.:	DIRETTORE SANITARIO 10 anni
Esperienze Didattico Formativa:	4-5
Ambito:	PNRR_FM/Le funzioni della COT
Ruolo Professionale:	DIRETTORE SANITARIO
Esperienza Professionale.:	10 anni
Esperienze Didattico Formativa:	4-5
Ambito:	pö P N R R _ F M / L ' o r g a n i z z a z i o n e d e l l a s s i s t e n z a i n s t r u t t u r e i n t e r m e d i e
Ruolo Professionale:	DIRETTORE SANITARIO
Esperienza Professionale.:	DIECI ANNI
Esperienze Didattico Formativa:	4-5
Ambito:	PNRR_FM/Le reti integrate per la gestione delle cronicità, disabilità e non autosufficienza
Ruolo Professionale:	DIRETTORE SANITARIO
Esperienza Professionale.:	VENT'ANNI
Esperienze Didattico Formativa:	6-7

Ambito:	Medicina fisica e riabilitazione
Ruolo Professionale:	Direttore UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione.
Esperienza Professionale.:	dal 2012 Direttore UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione.dal 2021 Direttore Dipartimento Geriatrico Riabilitativo
Esperienze Didattico Formativa:	4-5