

Gent.ma Claudia **Barbarossa**

**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), Asp di Ragusa 4 novembre 2025.

Facendo seguito alla proposta ricevuta in data 2/08/2025 dal Responsabile dell'UOS Formazione dell'Asp di Ragusa, 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 Presidio Guzzardi di Vittoria nella data del 4 novembre 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.);

- 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.

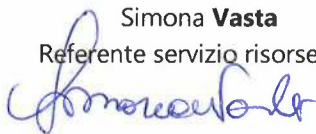
L'attività si configura quale prestazione professionale ai sensi dell'art. 2222 e seg. del Codice civile e il compenso corrisposto, è fissato in euro 25,00 (venticinque/00) per ogni ora effettiva di tutoraggio, per un totale complessivo di € 150,00 al lordo delle ritenute di legge e degli oneri riflessi. 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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



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

Incarico di Tutor d'aula Claudia Barbarossa 4 novembre 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 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.  
 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](mailto:cefpas@legalmail.it).



# Curriculum Vitae Claudia Barbarossa

## Informazioni personali

Nome / Cognome Claudia Barbarossa

Indirizzo

Telefono

E-mail

Cittadinanza

Data di nascita

Sesso Femminile

## Esperienza professionale

Date Dal 01/07/2021 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Incarico di organizzazione

Principali attività e responsabilità Programmazione Sanitaria Ospedaliera DEA I Livello Vittoria-Comiso

Nome e indirizzo del datore di lavoro ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore P.O. "R. Guzzardi" - Vittoria

Date Dal 2004 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Collaboratore professionale Infermiere

Principali attività e responsabilità Gestione e organizzazione del personale

Nome e indirizzo del datore di lavoro ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore Direzione Medica P.O. "R. Guzzardi" - Vittoria

Date Dal 15/07/2021 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Operatore Locale Progetto (OLP)

Principali attività e responsabilità Servizio Civile volontario Aziendale Regionale.

Nome e indirizzo del datore di lavoro Azienda ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore Direzione Medica P. O. "R. Guzzardi" - Vittoria

Date Dal 01 gennaio 2016 al 31/06/2021

Lavoro o posizione ricoperti Posizione Organizzativa

Principali attività e responsabilità Programmazione servizi sanitari ospedalieri

Nome e indirizzo del datore di lavoro ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore P.O. "R. Guzzardi" - Vittoria

Date Dal 17 giugno 2003 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Collaboratore professionale Infermiere

Principali attività e responsabilità Coordinatore dell'emergenza

Nome e indirizzo del datore di lavoro ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore P.O. "R. Guzzardi" - Vittoria

Date Dal 6/10/2014 a tutt'oggi

Lavoro o posizione ricoperti Collaboratore professionale Infermiere

Principali attività e responsabilità Referente Controllo Gestione

Nome e indirizzo del datore di lavoro ASP 7 Ragusa

Tipo di attività o settore

Date	Dal 2014 a tutt'oggi
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Facilitatore del Rischio Clinico e la sicurezza delle cure
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASP 7 Ragusa
Tipo di attività o settore	
Date	Dal 2013 al 2014
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Componente gruppo di lavoro per la creazione di una cartella infermieristica aziendale
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASP 7 Ragusa
Tipo di attività o settore	
Date	Dal 2008 al 2011
Lavoro o posizione ricoperti	Referente e segretaria
Principali attività e responsabilità	Servizio Civile volontario Aziendale Regionale.
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Azienda ASP 7 Ragusa partner dell'ASP Sciacca
Tipo di attività o settore	Direzione Sanitaria P. O. "R. Guzzardi" - Vittoria
Date	Da settembre 2002 a ottobre 2004
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Infermiere di corsia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASP 7 Ragusa
Tipo di attività o settore	Cardiologia – UTIC – P. O. "Guzzardi" Vittoria
Date	Dal 01/06/2000 a settembre 2002
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Infermiere di corsia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	ASP 7 Ragusa
Tipo di attività o settore	Medicina Interna – P. O. "Guzzardi" Vittoria
Date	Dal 01/11/1996 al 31/05/2000
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Infermiere di corsia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Policlinico S. Orsola – Malpigli Bologna
Tipo di attività o settore	Chirurgia Generale e Plastica
Date	Dal 18/04/1995 al 31/10/1996
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Infermiere di corsia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Az. Ospedaliera 16 Modena P.O. Nord Mirandola
Tipo di attività o settore	Medicina Interna
Date	Dal 27/10/1994 al 17/04/1995
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere
Principali attività e responsabilità	Infermiere di corsia
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Policlinico S. Orsola – Malpigli Bologna
Tipo di attività o settore	Patologia Clinica II
Date	Dal 23/09/1994 al 26/10/1994
Lavoro o posizione ricoperti	Collaboratore professionale Infermiere

Principali attività e responsabilità Infermiere di corsia  
Nome e indirizzo del datore di lavoro Istituti Ortopedici Rizzoli - Bologna  
Tipo di attività o settore Ortopedia del Rachide

Date Dal 27/06/1994 al 22/09/1994

Lavoro o posizione ricoperti Collaboratore professionale Infermiere  
Principali attività e responsabilità Infermiere di corsia  
Nome e indirizzo del datore di lavoro Az. Ospedaliera 16 Modena  
Tipo di attività o settore Tisiologia

### Formazione

Date Dal 1993 a tutt'oggi

Titolo della qualifica rilasciata Relatrice, Moderatrice, Tutor Aula, Componente Segreteria Organizzatrice o Discente a 103 corsi di aggiornamento o formazione ECM e non.  
(Vedi ALLEGATO A)

Principali tematiche/competenze professionali possedute Aggiornamento delle competenze acquisite e formazione specifica in alcuni settori

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Vari enti, associazioni o strutture sanitarie

### Istruzione

Date 1993

Titolo della qualifica rilasciata Diploma Infermiere Professionale

Principali tematiche/competenze professionali possedute

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Scuola Regionale per Infermieri Professionale dell'USL 22 di Vittoria (RG)

Livello nella classificazione nazionale o internazionale

Date 1989

Titolo della qualifica rilasciata Attestato del Biennio Istituto Magistrale

Principali tematiche/competenze professionali possedute

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Istituto Magistrale Vittoria

### Capacità e competenze professionali

#### Pubblicazioni

Data Pubblicazione Dal 2011 a tutt'oggi

Titolo della qualifica Autrice di 27 pubblicazioni atti congressuali  
(Vedi ALLEGATO B)


Tematica della pubblicazione Tematiche inerenti la governance della Direzione Medica

Casa Editrice/Organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione Congressi, Forum, Associazioni vari

Tipo (Articolo, Libro, ecc..) Pubblicazione atti congressuali

### Capacità e competenze tecniche

Data Pubblicazione Dal 2005 a tutt'oggi

Titolo della qualifica	Autore				
Competenze possedute	Ricerca bibliografica presso le principali banche dati sanitarie internazionali (Pub Med, Cochrane Reviews-Library, AHCPR, Evidence Based Nursing, Med Bio World).				
Tipo (Articolo, Libro, ecc..)	Redazione, implementazione e revisione sistematica di linee guida, PDTA, protocolli e procedure di Presidio e Aziendali				
<b>Capacità e competenze personali</b>					
Madrelingua(e)	ITALIANA				
Altra(e) lingua(e)	FRANCESE (F), INGLESE (I)				
Autovalutazione	Comprensione		Parlato		Scritto
Livello europeo (*)	Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale	
Lingua F	A2	B1	A1	A1	A2
Lingua I	A2	A1	A2	A1	A2
	(*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue				
<b>Capacità e competenze informatiche</b>	WORD: UTENTE ESPERTO EXCEL: UTENTE ESPERTO POWER POINT: UTENTE ESPERTO ACCESS: UTENTE ESPERTO OUTLOOK: UTENTE ESPERTO				
Patente					
<b>Ulteriori informazioni</b>	Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali (facoltativo)".				
Firma	