



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE



Regione Siciliana
Assessorato della Salute



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

Incarico di docente per complessive 6 ore giorno 9 e 10 Giugno 2026, 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 **Patrizia Grassi** 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. a essere dipendente di un Ente Pubblico : AOU Policlinico denominazione ente AOU Policlinico G. Rodolico-San Marco Via Santa Sofia n. 78 CAP 95123 CITTA' Catania
a non essere dipendente di Ente Pubblico
a 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.
6. a 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'AGENS 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:
a Si (se sì, indicare quali) _____
☒ No
8. a che l'attività costituisce prestazione occasionale non soggetta ad IVA ai sensi art. 5 DPR 633/1972
a che per l'attività svolta si provvederà ad emettere fattura



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



EUROPEAN UNION

CEFPAS
Centro per la formazione
permanente e l'aggiornamento
del personale del servizio sanitario

Sede Legale
via Giuseppe Mulè, 1
931 00 Caltanissetta
+39 0934 585199

Sede Operativa
via Mario Vaccaro, 5
901 45 Palermo
+39091 7079361



Ende sottoposto a
vigilanza e controllo
dell'Assessorato
Regionale della Salute





Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
PER LA SALUTE



Regione Siciliana
Assessorato della Salute



CEFPAS

9. di aver preso visione, per i corsi ECM, dell'"Informativa Privacy Formatori Corsi ECM", consultabile sul sito istituzionale dell'Agenas.

Richiesta crediti ECM attività di docenza a ☐ Sì a ☐ 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.

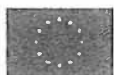
Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018 (Decreto di adeguamento al Regolamento UE 2016/679) autorizza, altresì, il CEFPAS a trattare, pubblicare e diffondere dati e informazioni contenuti nei sopra citati documenti per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa.

Si accetta integralmente quanto previsto nella presente lettera d'incarico e nel Regolamento del Cefpas per il conferimento di incarichi.

Data 08.06.2026

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



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

CEFPAS
Centro per la formazione
permanente e l'aggiornamento
del personale del servizio sanitario

Sede Legale
via Giuseppe Mulé, 1
93100 Caltanissetta
r 39 0934 SOS199

Sede Operativa
via Vitorio Vaccaro, 3
90145 Palermo
r 39 091 7079361

00 C e 0

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

