CEFPAS - Prot. N. 0000006490 Data: 02-11-2026 Tipo Reg.: Arrivo Mittente Roberta Trapani Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Fw: Dichiarazione sostitutiva trapani R

ALLEGATO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (Art. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Incarico di istruttore per complessive 4 ore nel giorno 09/11/2026, relativamente al corso "Retraining BLSD - Tecniche di Primo Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare di base con impiego del DAE (adulto, bambino e lattante)" (Codice corso SEUSBLSD-R - Abbrev. corso SEUSBLSD-R2026_48 - CdC 03010702 – Autorizzazione di spesa 50/2025) e per complessive 4 ore nel giorno 10/11/2026, relativamente al corso "Retraining BLSD - Tecniche di Primo Soccorso e Rianimazione Cardiopolmonare di base con impiego del DAE (adulto, bambino e lattante)" (Codice corso SEUSBLSD-R - Abbrev. corso SEUSBLSD-R2026_49 - CdC 03010702 – Autorizzazione di spesa 50/2025), che avranno luogo presso il CEFPAS di Caltanissetta.

Il sottoscritto **ROBERTA TRAPANI** 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 norma 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 :* ASP 7 RAGUSA
   INDIRIZZO PIAZZA I GEA *n.* 1 *CAP* 97100 *CITTA'* RAGUSA
   ☐ ***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. *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.*

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. Presa 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, il sottoscritto 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 21/10/2026 **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.