Egr. Dott. Francesco **Luca**

Oggetto: Incarico Responsabile Scientifico Corso di Formazione Manageriale per Direttore di Struttura Complessa – area territoriale e area ospedaliera (codice FM DSC 05 26) – Abbrev. corso FORMAN2026 - CdC 03010702 – Autorizzazione di spesa 101/2026)

Rilevata l'esigenza di un Responsabile Scientifico della 2ª edizione del Corso di Formazione Manageriale per Direttore di Struttura Complessa – area territoriale e area ospedaliera (Ed. 2 2026/2027), vista la proposta di individuazione del Dirigente Ufficio Formazione Manageriale prot. n. 6560 del 6 novembre 2026, validata dal Direttore del Centro con nota prot. n. 6565 del 6 novembre 2026, Le conferiamo l'incarico di Direttore della 2ª edizione del Corso di Formazione Manageriale per Direttore di Struttura Complessa – area territoriale e area ospedaliera (codice FM DSC 05 26) che si svolgerà a Caltanissetta presso il CEFPAS dal giorno 2 dicembre 2026, con conclusione nel mese di giugno 2027.

Il suddetto incarico, per complessive 30 ore da svolgersi in presenza in accordo con la dirigente dell'Ufficio, si configura quale prestazione occasionale sulla base di quanto da Lei dichiarato in sede di iscrizione all'Albo del CEFPAS. Le verrà riconosciuto un compenso pari a € 100,00 (cento/00) per ogni ora di attività, al lordo delle ritenute di legge a Suo carico, per un totale complessivo di € 3.000,00 (tremila/00), al lordo delle ritenute di legge a Suo carico.

La corresponsione del compenso comprende il supporto specialistico delle attività formative e l'attività di affiancamento al dirigente della Scuola di Formazione Manageriale in Sanità del CEFPAS, coordinatore del corso, nella pianificazione delle attività, nell'individuazione della faculty tra i docenti iscritti all'Albo del CEFPAS e nel garantire uniformità e continuità degli interventi dei docenti rispetto agli obiettivi prefissati.

Si precisa che l'incarico sarà soggetto ai controlli ai sensi dell'art. 48-bis del D.P.R. 602/1973 e ss.mm.ii, secondo le modalità di cui al D.M. 18/1/2008 n. 40. che fa obbligo alle Pubbliche amministrazioni di verificare eventuali inadempienze tributarie da parte del beneficiario del pagamento stesso, attraverso un apposito servizio gestito da Equitalia Servizi S.p.A.

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. Entro 30 giorni dalla conclusione dell'incarico dovrà essere prodotto regolare documento contabile riguardante le effettive giornate effettuate e una dettagliata relazione sul lavoro svolto e l'impegno giornaliero espletato. La liquidazione del relativo corrispettivo avverrà, previa verifica dell'esecuzione e buon esito dell'incarico, entro 60 giorni dalla data di registrazione al protocollo del suddetto documento contabile.
Nel farle presente che per qualunque comunicazione organizzativa la Dott.ssa Maria Daniela Falconeri, falconeri@cefpas.it - 0934 505120, è a sua disposizione per ogni chiarimento, cogliamo l'occasione per porgerle i nostri più cordiali saluti.

Sabrina Cillia
Direttore del Centro

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

Incarico di Responsabile Scientifico della 2ª edizione del Corso di Formazione Manageriale per Direttore di Struttura Complessa – area territoriale e area ospedaliera (codice FM DSC 05 26) – Abbrev. corso FORMAN2026 - CdC 03010702 – Autorizzazione di spesa 101/2026)

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 , 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, della "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 _____ **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.*

Curriculum Vitae: FRANCESCO LUCA

Cognome:	LUCA
Nome:	FRANCESCO
Collaboratori:	NO
Figura Professionale Formatori:	docente
Titolo Studio:	Laurea Specialistica
Settore Titolo Studio:	MEDICO
Ambito:	PNRR_FM/Contrattualistica personale convenzionato (accordi regionali/aziendali MMG- PLS e specialisti)
Ruolo Professionale:	"Attività di coordinamento dei servizi sanitari territoriali a livello distrettuale con responsabilità di budget e gestionedelle risorse umane e tecnologiche. Verifica e controllo delle prestazioni e servizi erogati."
Esperienza Professionale.:	Convegni e presidente
Esperienze Didattico Formativa:	8-12
Ambito:	PNRR_FM/CCNNLL
Ruolo Professionale:	"Attività di coordinamento dei servizi sanitari territoriali a livello distrettuale con responsabilità di budget e gestionedelle risorse umane e tecnologiche. Verifica e controllo delle prestazioni e servizi erogati."
Esperienza Professionale.:	Convegni e presidente
Esperienze Didattico Formativa:	8-12
Ambito:	þÿPNRR_FM/Il PNRR e la Riforma Modelli e standard per lo sviluppo dell a
Ruolo Professionale:	Attività di coordinamento dei servizi sanitari territoriali a livello distrettuale con responsabilità di budget e gestione delle risorse umane e tecnologiche. Verifica e controllo delle prestazioni e servizi erogati.
Esperienza Professionale.:	Convegni e presidente
Esperienze Didattico Formativa:	8-12