



Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia
Bettellini

Direttore Sanitario
Dr. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo
Dr. Paolo Pili

Nuoro,

Gent.mo
dr. Di Silvestre Roberto

Oggetto: Affidamento incarico Istruttore Corso "Mezzo di Soccorso INDIA Algoritmi clinico-assistenziali" edizioni aprile-maggio-giugno 2024 - Nuoro

Gentilissimo dr. Di Silvestre Roberto,

Richiamata la deliberazione n° 215 del 25/10/2021, "Approvazione del Regolamento Aziendale in materia di Formazione e Aggiornamento Professionale";

Richiamata la deliberazione n° 16 del 26/01/2024, "Modifica del Regolamento per l'istituzione e il funzionamento dell'Albo Formatori interni ed esterni dell'AREUS per gli eventi formativi aziendali dell'Area Emergenza-Urgenza" e indizione Manifestazione di interesse per l'iscrizione all' "Albo Formatori" o all'aggiornamento dei propri dati."

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n° 93 del 12/03/2024, avente ad oggetto "1) Presa d'atto della deliberazione ARES n 327 del 29-12-2023 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Annuale della Formazione del Provider ARES 2024" 2) Approvazione del Piano Annuale della Formazione AREUS per l'anno 2024 ed assunzione del relativo impegno di spesa." nel quale è inserito il corso "Mezzo di Soccorso INDIA - Algoritmi clinico-assistenziali AREUS - Regione Sardegna" per il quale i dottori Stefano Sironi, Daniele Barillari e Giampaolo Piras sono stati individuati quali Responsabili Scientifici;

Considerati gli accordi intercorsi con il Responsabile Scientifico, dr. Stefano Sironi, che vedono il suo intervento previsto in modalità VDC per 1 ora,

L'AREUS, affida alla S.V. l'incarico di formatore del corso "Mezzo di Soccorso INDIA Algoritmi clinico-assistenziali" per l'edizione del

- 10-11-12 aprile, (11 aprile data della lezione)



Direttore Generale

Dr.ssa Simonetta Cinzia
Bettelini

Direttore Sanitario

Dr. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo

Dr. Paolo Pili

L'incarico sarà retribuito secondo le regole stabilite nel Regolamento Aziendale in materia di Formazione e Aggiornamento Professionale e secondo quanto accordato tra AREUS e AREU Lombardia per lo svolgimento del corso di cui in oggetto. Nello specifico la retribuzione prevista equivale a 50 euro/h.

La preghiamo di restituirci la presente lettera firmata per accettazione assieme al modello sul conflitto di interesse debitamente compilato e firmato.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

08.04.2024

Il sottoscritto autorizza l'AREUS al trattamento dei dati personali per le finalità inerenti il presente procedimento ai sensi del Regolamento U.E. 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 e successive integrazioni o modifiche.

Firma e data di accettazione

(scrivere per esteso ed in modo leggibile)

CONFLITTO D'INTERESSE E DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto **Roberto Di Silvestre** nato

Il _____ residente a _____ Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ Professione **medico**

Dipendente/Convenzionato dell'**Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna** presso la

Struttura **U.O. Medicina legale e risk management S.C.**

Ai sensi degli articoli del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

☒ **non sussistono** situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse nell'espletamento dell'incarico di direzione di corso/docenza/tutoraggio affidato

☒ non sussistono cause di inconferibilità ed incompatibilità, ed in particolare:

- **Di non aver** riportato condanne penali. Anche in 1° grado, per i delitti di cui al Libro II, Titolo II, Capo I, dei delitti dei Pubblici Ufficiali contro la Pubblica Amministrazione (artt. 314-335 bis c.p.)
- **Di non avere** cariche, retribuite o non retribuite, di rappresentante legale o componente del Consiglio di amministrazione di Enti/Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie (pubbliche e/o private) autorizzate, accreditate o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- **Di non essere** titolare dei seguenti incarichi e/o cariche in Enti di diritto privato regolati o finanziati da Pubbliche Amministrazioni (indicare gli incarichi e/cariche rivestiti/e e l'Ente privato conferente)

- **Di essere consapevole** che sono normativamente previste le cause di incompatibilità e di conflitto d'interessi anche per incarichi, cariche elettive, attività economiche, professionali e similari svolte dal coniuge e dai parenti ed affini entro il II° grado;
- **Di avere richiesto** alla propria Azienda le seguenti autorizzazioni per il conferimento di incarichi extra istituzionali:

- **Di non avere** cariche, retribuite e/o non retribuite, di rappresentante legale o componente di Consiglio di Amministrazione di Società che intrattengono rapporti contrattuali con la propria Azienda o la RAS in materia di lavori, servizi e forniture o che partecipano a procedure di scelta del contraente indette dalla stessa ed in specie:

- **Di non svolgere** incarichi presso Soggetti di diritto privato:

- **Di non avere** altri rapporti di lavoro, comunque denominati, dipendente o di collaborazione continuativa o di consulenza o professionali, con altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dalla propria Azienda;

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso una nuova dichiarazione sostitutiva.

Luogo **Bologna**

Data **8 aprile 2024**

Firma
