



SSD Formazione Emergenza Urgenza Comunicazione e URP

Direttore Generale
D.ssa Simonetta Cinzia
Mottelini

Direttore Sanitario
D. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo
D. Paolo Pili

Nuoro,

Gent.ma Dottoressa
Lampugnani Elisabetta

Oggetto: Affidamento incarico Istruttore Corso "EPALS"

Gentilissima dr.ssa Lampugnani Elisabetta,

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

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 93 del 12/03/2024, relativa all'Approvazione Piano Annuale della Formazione per l'Emergenza Urgenza pre-ospedaliera e relative risorse, nel quale è inserito il corso "EPALS" European Paediatric Advanced Life Support.

Preso atto della comunicazione al Servizio Formazione del dr. Giampaolo Piras con la quale la S.V. è stata individuata in qualità di istruttore;

Ciò premesso,

L'AREUS, affida alla S.V. l'incarico di istruttore del corso "EPALS" per l'edizione del 10-11 aprile 2024 che si terrà a Cagliari, (per un totale di 20 ore ad edizione);

L'incarico sarà retribuito secondo le regole stabilite nel Regolamento Aziendale in materia di Formazione e Aggiornamento Professionale sopra citato, e secondo le indicazioni fornite dalla Regione Sardegna nell'allegato alla delibera di Giunta Regionale n 32/79 del 24/07/2012, pari a € 50,00 lordi all'ora, a seguito della compilazione da parte sua del modulo che le verrà inviato a conclusione dell'evento.

SSD Formazione Emergenza Urgenza Comunicazione e URP

Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

Direttore Sanitario
Dr. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo
Dr. Paolo Pili

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

Distinti saluti.

All.ti n°1

Il Direttore Generale

Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

25-03-2024

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

27/03/24

(scrivere per esteso ed in modo leggibile)



CONFLITTO D'INTERESSE E DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

DICHIARAZIONE

IL/La sottoscritto/a Elisabetta Lampugnani nato a _____
residente a _____ in _____ N° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Professione Dirigente Medico

Dipendente ~~convenzionato~~ dell'Azienda Istituto Giannina Gaslini Genova

presso la struttura _____

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 suapersonale responsabilità,

DICHIARA

☐ ~~che sussistono~~ - non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse nell'espletamento dell'incarico di direzione di corso/docenza/tutoraggio affidato

☐ ~~che sussistono~~ - non sussistono cause di inconferibilità ed incompatibilità, ed in particolare:

- *Di aver / 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 avere / 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 essere / 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 / ~~non avere~~ richiesto alla propria Azienda le seguenti autorizzazioni per il conferimento di incarichi extra istituzionali:*
- *~~Di avere~~ / 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 svolgere~~ / non svolgere incarichi presso Soggetti di diritto privato:*
- *~~Di avere~~ / 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 Genova

Data 27/03/24

Firma