



Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia
Bettelini

Direttore Sanitario
Dr. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo
Dr. Paolo Pili

Nuoro,

Gent.ma
Prof.ssa Sabrina Mameli

Oggetto: Progetto MET. Affidamento incarico di Istruttore "Parte Teorica" per la Formazione dei Medici di Emergenza Territoriale

Gentilissima Prof.ssa Sabrina Mameli,

Richiamata la Deliberazione della Giunta Regionale n. 27/22 del 23.07.2019, avente ad oggetto "Medici di Medicina Generale. Accordo Integrativo Regionale per la rideterminazione dei fondi dell'emergenza sanitaria territoriale e approvazione linee guida per l'organizzazione e l'attuazione dei corsi per medici da adibire ai servizi di emergenza territoriale" con cui è stato recepito l'Accordo Integrativo Regionale succitato;

Richiamata la Deliberazione della Giunta Regionale n. 13/83 del 06.04.2023 avente ad oggetto "Corso di formazione per medici di emergenza territoriale (MET). Attivazione del finanziamento a funzione per gli anni 2023 - 2024 a valere sul Fondo sanitario regionale";

Preso atto dei verbali del **Comitato Tecnico Regionale per la Formazione sull'emergenza territoriale**, nei quali vengono individuati i docenti che effettueranno la parte teorica del percorso formativo MET;

Ciò premesso,

l'AREUS, affida alla S.V. l'incarico di Istruttore nell'ambito del percorso formativo MET, parte teorica, che si terrà in videoconferenza, in data 30 maggio 2024, per un totale di 2 ore.

La docenza verrà retribuita secondo le indicazioni fornite dalla Regione Sardegna nell'allegato alla nota del 06/06/2019, prot. n° 12681, pari a € 40,00 lordi all'ora.

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



Distinti saluti.

Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

Direttore Sanitario
Dr. Federico Argiolas

Direttore Amministrativo
Dr. Paolo Pili

All. ti n°1

Il Direttore Generale

Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini

21.05.2024

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/La sottoscritto/a Maria Sabrina Mameli nato/a _____

il _____ residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice Fiscale _____ Professione Dirigente Medico

Dipendente/Convenzionato dell'Azienda AOU Sassari presso la

struttura Clinica Malattie Infettive e Tropicali

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

☐ ~~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 Sassari

Data 27/05/2024

Firma
