

**SSD Formazione Emergenza Urgenza Comunicazione e URP**

**Direttore Generale**  
*Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini*

**Direttore Sanitario**  
*Dr. Federico Argiolas*

**Direttore Amministrativo**  
*Dr. Paolo Pili*

Nuoro,

Gent.mo Dr.  
Spella Alberto

**Oggetto:** Affidamento incarico Istruttore Corso "PTC Avanzato"

Gentilissimo dr. Spella Alberto

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 "PTC avanzato".

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 "PTC avanzato" per le edizioni del 21-22 e 23-24 maggio 2024 (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

(scrivere per esteso e in modo leggibile)

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

**DICHIARAZIONE**

Il/La sottoscritto/a ALBERTO SPELLA nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Professione INFERMIERE

Dipendente/Convenzionato dell'Azienda Azienda USL Toscana Nord Ovest presso la

struttura ET 118 - AREA APUANE (MS)- ELISOCCORSO REGIONE TOSCANA BASE MASSA

**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 S.STEFANO DI MAGRA (SP) Data 29-03-2024

  
Firma