



SSD Formazione Emergenza Urgenza Comunicazione e URP

Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia
Bettelini

Nuoro,

Gent.mo Dr.
Notari Danilo

Oggetto: Affidamento incarico Istruttore Corso "PTC Avanzato" 21-22 ottobre 2024 - Cagliari

Gentilissimo dr. Notari Danilo

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 ottobre 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.



AREUS
Azienda Regionale
Emergenza Urgenza
Sardegna



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

SSD Formazione Emergenza Urgenza Comunicazione e URP

Direttore Generale
Dr.ssa Simonetta Cinzia
Bettelini

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

05.09.2024

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

04/10/2024

(scrivere per esteso ed in modo leggibile)

DECRETAMENTO PER LA DISCIPLINA DEGLI INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

MODULO "A"

NB: da compilare in ogni sua parte, in modo leggibile

Prot. n.

Alla S.C. Gestione Risorse Umane
Via Fazio n. 30
19121 La Spezia

Mail: incarichi.extraistituzionali@asl5.liguria.it

Richiesta svolgimento incarico, oggetto di AUTORIZZAZIONE, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a Daniela Notari
Nato/a a _____ il _____
Cod. fiscale _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
dipendente di ASL n. 5 "Spezzino" in qualità di Infermiere
matricola 02548
Tel. Reparto/ufficio _____ Fax e mail _____
Assegnato attualmente al reparto 115 Spezia Soccorso

Preso visione del Regolamento Aziendale e consapevole di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di incompatibilità con il rapporto di lavoro pubblico a tempo pieno o parziale con attività lavorativa superiore al 50% di quella a tempo pieno:

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere il seguente incarico occasionale,

☒ Retribuito ☐ Non retribuito

non compreso nei compiti e doveri d'ufficio, fuori orario di lavoro, senza utilizzo di beni, mezzi ed attrezzature dell'Azienda.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,
consapevole:

- della responsabilità penale per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, di cui all'art. 76 del citato decreto;
- dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di seguito riportate, che l'Amministrazione potrà effettuare ai sensi dell'art. 71 del citato decreto;
- della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito tramite provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75 del citato decreto.

DICHIARA

che l'incarico per il quale si chiede autorizzazione ha ad oggetto la seguente attività (descrizione breve, esaustiva e precisa): Pic Hospital Trauma Corso (PTC IRC)

Modulo Anestesi

Che il Soggetto conferente è: (DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE)

Denominazione AREUS Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna

Sede legale - Via/Piazza Luigi Duggiano, 25

Comune NUORO

Prov. NU

Partita Iva/Codice Fiscale 01526680915

Natura giuridica (di diritto pubblico o privato)

Che l'incarico verrà svolto nel periodo: dal 21 al 22

Per un totale complessivo di ore 20 o giorni

comunque l'impegno per l'incarico in oggetto non sarà superiore a nr. 30 (trenta) giorni nell'anno solare o nr. 240 (duecentoquaranta) ore nell'anno solare, ed il corrispettivo non sarà superiore ad un terzo del compenso lordo annuo istituzionale.

Che l'importo, eventualmente presunto, del compenso è di Euro 1000

☒ Che l'incarico non arreca pregiudizio alla regolare attività istituzionale

☒ Che non è in corso lo svolgimento di altri incarichi

☐ Che è in corso lo svolgimento di altri incarichi, già precedentemente autorizzati/comunicati

all'Azienda (specificare numero di protocollo dell'incarico già autorizzato/comunicato): _____

☒ Di essere a conoscenza del fatto che la vigente normativa prevede che l'unico soggetto responsabile degli adempimenti in materia fiscale e previdenziale connessi all'espletamento del presente incarico è il solo lavoratore dipendente.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza dell'obbligo di trasmettere alla S.C. gestione Risorse Umane il Modulo "C", debitamente compilato e controfirmato dal sottoscritto, entro il termine di nr. 15 (quindici) giorni dall'erogazione del corrispettivo;
- ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. di essere informato che il trattamento dei propri dati personali avviene per fini istituzionali, secondo le modalità e nel rispetto del suddetto decreto.

Data 05/10/2024

Firma del dipendente

Il Responsabile della Struttura dove il dipendente presta la propria attività lavorativa o il Dirigente delle Professioni Sanitarie attesta che:

1) L'incarico non pregiudica il corretto e regolare svolgimento dell'attività di servizio del richiedente;

2) L'attività non è in conflitto d'interessi con le finalità della struttura di appartenenza.

Data 08/10/2024

Timbro e Firma del Dirigente

Dirigente delle Professioni Sanitarie

SI AUTORIZZA LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ RICHIESTA AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO, IN QUANTO ATTIVITÀ COMPATIBILE CON I COMPITI E DOVERI D'ISTITUTO E NON CONFIGURANTE UN DISTINTO RAPPORTO D'IMPIEGO

(sintetizzare l'attività autorizzata):

ISTRUTTORE CORSO "PIC AVANZATO"

AREOS

21-22/10/2024

Il Direttore Sanitario (per quanto di competenza)

Il Direttore Sociosanitario (per quanto di competenza)

Il Direttore Amministrativo (per quanto di competenza)

Il Direttore della S.C. Gestione Risorse Umane

Autorizzazione n. 2791

del 20/24

La presente autorizzazione verrà inviata al dipendente di norma via mail o con posta interna in casi residuali entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta.

