

**INCARICO FORMATORE ESTERNO****PIANO FORMATIVO AZIENDALE**

ANNO 2025

TITOLO **COME GESTIRE LE INFEZIONI E LA SORVEGLIANZA DEI**
EVENTO: **MICROORGANISMI (MDR) NEL PAZIENTE DIALIZZATO**

Budget totale evento da Delibera approvazione Piano Formativo: € 250,00

Parte 1° - INCARICO

Io sottoscritto

COGNOME : ROSIN

NOME : BARBARA

in qualità di **Responsabile Scientifico** dell'evento in oggetto, ai sensi del "Regolamento per l'indicazione di docenti, tutor e relatori e per la fissazione dei compensi per le attività didattiche del Piano Formativo Aziendale" adottato dalla ASST Valle Olona e pubblicato sul sito internet www.asst-valleolona.it – Sezione Formazione e Didattica – Piano di Formazione annuale, **dichiaro di incaricare il seguente formatore:**

COGNOME : BRUNO

NOME: GIANCARLO

Ruolo:

 Docente/Relatore Tutor

il cui curriculum professionale in data 11/06/2025, che si allega, è stato valutato dallo scrivente il più idoneo per la realizzazione del progetto in questione.

Dichiaro, a tal fine, di aver stabilito, in base al Regolamento citato e alla Delibera di approvazione del Piano Formativo aziendale, un compenso per la prestazione di che trattasi pari a € 95,00 lordi onnicomprensivi, corrispondenti a n° 1 ora totale di docenza/tutoraggio per € 95,00/h., come da programma allegato.

Note: _____

Il Responsabile Scientifico: data 11/06/2025 firma BARBARA ROSIN

All.

1. Programma dettagliato evento formativo
2. Curriculum vitae formatore

Parte 2° - DICHIARAZIONE DEL FORMATORE:

Io sottoscritto/a

COGNOME: BRUNO

NOME: GIANCARLO

LUOGO DI NASCITA :

DATA DI NASCITA :

CODICE FISCALE :

TELEFONO :

E-MAIL :

PROFESSIONE: MEDICO

DISCIPLINA ECM (se applicabile) NEFROLOGO - MEDICO CHIRURGO

Dichiaro di aver preso visione del “Regolamento per l’individuazione di docenti, tutor e relatori e per la fissazione dei compensi per le attività didattiche del Piano Formativo Aziendale” adottato dall’ASST Valle Olona e pubblicato sul sito www.asst-valleolona.it – Sezione Formazione e Didattica – Piano di Formazione annuale e di accettare l’incarico in oggetto e i conseguenti impegni dallo stesso derivanti.

Con riferimento all’incarico, dichiaro di rientrare nella seguente tipologia di formatore:

- Formatore senior (laureato con esperienza di almeno 5 anni nella materia oggetto della docenza)
- Formatore junior (non laureato, o laureato con meno di 5 anni di esperienza nella materia oggetto della docenza)

Inoltre, ai sensi e per gli effetti dell’art. 15, comma 1, lett. c) del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., dichiaro:

A) di NON essere titolare ovvero di essere titolare dei seguenti incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

Incarico/carica in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione	Data di conferimento dell’incarico/carica	Durata dell’incarico/carica

B) di essere:

Dipendente della seguente Pubblica Amministrazione:

denominazione _____

indirizzo _____

e-mail: _____

Dipendente della seguente Azienda Privata:

denominazione MULTIMEDICA HOLDING SPA

indirizzo VIA MILANESE, 200 – SESTO SAN GIOVANNI

e-mail: _____

Libero Professionista (indicare la tipologia dell’attività): _____

Sede dell’attività: _____

Altro (specificare) _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 14, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., dichiaro infine di NON trovarmi in condizione anche potenziale di conflitto di interessi nei confronti dell'ASST della Valle Olona e/o in situazioni in contrasto con quanto contenuto nel Codice di Comportamento nazionale nonché in quello dell'ASST Valle Olona, documenti pubblicati sul sito web aziendale al seguente link: <https://www.asst-valleolona.it/amm-trasparente/codice-disciplinare-e-codice-di-condotta/>

INTESTAZIONE DELLA FATTURA (se diversa dal professionista – v. all. Modello per comunicazione ex art. 3 L. 136/2010)

DENOMINAZIONE _____

RAGIONE SOCIALE _____

Se dipendente di Pubblica Amministrazione:

- dichiaro di essere a conoscenza degli obblighi in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi ai sensi dell'art. 53 e sgg del D.lgs. n.165/2001 e s.m.i. e di non trovarmi in condizione di incompatibilità con l'incarico in oggetto;
- dichiaro che per l'attività in oggetto provvederò a comunicare l'incarico o a richiedere per il medesimo l'autorizzazione, se prevista, alla Pubblica Amministrazione di cui sono dipendente, nei termini e con le modalità descritte nel Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali vigente presso la stessa Amministrazione;
- acconsento a che l'ASST Valle Olona comunichi per conoscenza alla P.A. di cui sono dipendente l'assegnazione del presente incarico e gli eventuali compensi erogati.

Dichiaro, di essere consapevole che una dichiarazione incompleta o non veritiera comporterebbe la decadenza dai benefici conseguenti al presente incarico.

Preso atto della “Informativa Generale ex art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n. 679/2016” pubblicata sul sito aziendale www.asst-valleolona.it, esprimo il mio consenso affinché i dati personali e/o sensibili forniti nell'ambito del presente incarico siano trattati nel rispetto della normativa vigente, per gli adempimenti connessi alle attività formative dell'ASST Valle Olona, ivi compresi gli obblighi di pubblicazione ai sensi del D.lgs. n. 33/2003 e successive modifiche e integrazioni.

In fede,

Data 11/06/2025

Firma GIANCARLO BRUNO

NB: Si ricorda che quando la formazione si configura come appalto di servizi, la competenza è per materia della SC Gestione Acquisti.

All.

3. Dichiarazione conflitto interessi
4. Dichiarazione dati fiscali del professionista, oppure Modello per comunicazione ex art. 3 L. 136/2010