

**INCARICO FORMATORE ESTERNO**

## PIANO FORMATIVO AZIENDALE

ANNO \_\_\_\_\_

**TITOLO  
EVENTO:**

Budget totale evento da Delibera approvazione Piano Formativo: € \_\_\_\_\_

**Parte 1° - INCARICO**

Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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](http://www.asst-valleolona.it) – Sezione Formazione e Didattica – Piano di Formazione annuale, **dichiaro di incaricare il seguente formatore:**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Ruolo:

Docente/Relatore

Tutor

il cui curriculum professionale in data \_\_\_\_\_, 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 € \_\_\_\_\_ lordi onnicomprensivi, corrispondenti a n° \_\_\_\_\_ ore totali di docenza/tutoraggio per € \_\_\_\_\_/h., come da programma allegato.

Note: \_\_\_\_\_

Il Responsabile Scientifico: data \_\_\_\_\_ F.to \_\_\_\_\_

All.

1. Programma dettagliato evento formativo
2. Curriculum vitae formatore ( in doppia copia, una sottoscritta olografa o digitale da conservare agli atti e l'altra compilata ma con la sola indicazione F.to Nome Cognome, es. F.to Mario Rossi)

**Parte 2° - DICHIARAZIONE DEL FORMATORE:**

Io sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

DISCIPLINA ECM (se applicabile) \_\_\_\_\_

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](http://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 \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Liberò 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](http://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 \_\_\_\_\_

F.to \_\_\_\_\_

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

**N.B. IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE RESO IN DOPPIA COPIA, UNA SOTTOSCRITTA OLOGRAFA O DIGITALE DA CONSERVARE AGLI ATTI E L'ALTRA COMPILATA MA CON LA SOLA INDICAZIONE F.TO NOME COGNOME (es. F.to Mario Rossi)**