
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 3	AUTOCERTIFICAZIONE Assenza di Conflitto di Interesse	FORM.PERS Rev.4-20/05/2021 MOD.4	 REGIONE LAZIO
--	--	---	--

AUTOCERTIFICAZIONE Assenza di Conflitto di Interesse
 (ai sensi art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Oggetto: Partecipazione in qualità di : docente relatore moderatore resp. Scientifico tutor

Del seguente evento formativo: _____

luogo di svolgimento _____ data di inizio _____

Il/la sottoscritto/a PADO CRUCIANI

Nato/a a ROMA prov. RM il 8-11-1946

Residente a ROMA in via F. SCHUPFER N. 69

Email: GRETALOV@TISCALI.IT

TEL. _____ CELL. 3356883102

codice fiscale*:

C	R	C	P	L	A	4	G	S	O	8	H	5	O	1	I
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunichi non corrispondenti al vero è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in conformità a quanto stabilito dall'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, convertito in Legge 25/11/2003 n.326.

DICHIARA

ai sensi dell'art.3.3 su Conflitto di Interesse, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione 19 aprile 2012 per conto del Provider Asl Roma 3

- di non avere interessi diretti o indiretti (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa;
- che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa (2)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

Luogo e data

Roma 1.4.2022

FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO

Pado Cruciani

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di coinvolgimento diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N.

(2) Possono considerarsi esclusi esperti in presidi e attrezzature già acquistate (o di cui si abbia vinto l'appalto) dall' Organizzatore di formazione al momento della presentazione dell'attività formativa nel sistema di accreditamento.

E' ammessa la presentazione anche a mezzo posta.
 Tale nota 2 è obbligatoria per la pubblica amministrazione, per i gestori e gli esercenti dei pubblici servizi (art. 38 DPR 445 del 28 dicembre 2000).
 Le dichiarazioni devono essere raccolte e custodite presso l'Organizzatore di Formazione, per 5 anni, in caso di eventuali controlli e verifiche.

**U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE**

Prot. n° 31713

del 13/05/2022

Dott. Paolo CRUCIANI

CRCPLA46S08H501I

gretalou@tiscali.it

OGGETTO: Incarico di docenza

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma già concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: "**Utilizzazione del Social Dreaming nella formazione del personale**", che si terrà nei giorni: I edizione_15 e 16 giugno 2022 e II edizione_12 e 19 ottobre 2022 c/o la Sede dell'ASL Roma 3, Sala degli Affreschi, Via A. Colautti n.28 - 00152 Roma.

Il corso previsto dal Piano Formativo Aziendale per l'anno 2022 è rivolto solo agli operatori dipendenti della pubblica amministrazione (art. 53 comma f-bis D.Lgs. 165/01).

Come da programma, il compenso economico per l'intervento di formazione sarà di **960,00 euro lordi (novecentosessanta/00 euro)** esente IVA ai sensi della Legge 21.12.93 n. 537 art. 14, comma 10 del DPR 633/72, omnicomprendivo.

Si precisa altresì che qualora si dovessero verificare riduzioni o sospensioni dell'attività oggetto della presente lettera di incarico, per motivi didattici e/o organizzativi, il compenso sarà rapportato alle ore di collaborazione effettivamente svolte.

Ai fini della liquidazione, dovrà restituire alla segreteria organizzativa, entro e non oltre 7 giorni dalla fine dell'ultima edizione nella quale viene effettuata la docenza, i seguenti documenti:

1. MODELLO LIQUIDAZIONE DOCENTE ESTERNO (mod.15 / mod.15.1)
2. REGOLARITÀ CONTRIBUTIVA (mod.15a)
3. RICEVUTA (mod.15b), in caso di lavoro autonomo occasionale (senza partita iva),

Se titolare di partita iva dovrà emettere fattura elettronica intestata a:

Azienda USL Roma 3
Codice amministrazione destinataria UF332R
Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma
P.IVA 04733491007

Sulla ricevuta o fattura andrà applicata la marca da bollo secondo quanto stabilito dalla vigente normativa.

Per eventuali chiarimenti o comunicazioni potrà contattare la scrivente U.O.S. al seguente numero: 0656487744-7748-7749, oppure inviare una e-mail a: formazione.segreteria@aslroma3.it

Si ricorda, ai dipendenti di Pubbliche Amministrazioni la necessità, ai sensi del D.Lgs n. 165 del 30.03.2001 art 53, così come modificato dalla Legge n.190 del 6.11.2012, di produrre l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza ad effettuare docenza retribuita ai corsi di formazione ed aggiornamento.

Distinti saluti.

Il Direttore

Dr. Gerardo Bruno Antonio Corea

FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **CRUCIANI PAOLO**
Indirizzo **[REDACTED]**
Telefono **[REDACTED]**
Fax
E-mail **gretalou@tiscali.it**
Nazionalità **Italiana**
Data di nascita **[REDACTED]**

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da - a) **Dal marzo 2016**
Lo Spazio Psicoanalitico
• Principali mansioni e responsabilità **Presidente**
- Date (da - a) **Dal gennaio 2015**
Sezione Italiana della Società Europea di Psicoterapia Psicoanalitica
• Principali mansioni e responsabilità **Membro del Comitato Esecutivo**
- Date (da - a) **Dal 2012 al 2016**
Centro Psicoanalitico di Roma
Roma 00198 via Panama, 48
• Principali mansioni e responsabilità **Segretario Amministrativo**
- Date (da - a) **Dal 18.5.2012**
In pensione dall'Università Sapienza Roma
- Date (da - a) **Dal 2006 al gennaio 2014**
• Nome e indirizzo del datore di lavoro **Ordine professionale degli Psicologi del Lazio
Roma 00186, Via del Conservatorio 91**
• Tipo di azienda o settore **Ordine Professionale**
• Tipo di impiego **Vicepresidente**
• Principali mansioni e responsabilità **Funzioni direttive e rappresentative**

- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Dal 2000 al 2016
 Membro associato S.P.I.
 Psicoterapeuta – Psicoanalista

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

Dal 1969 al 1974
 Facoltà di Filosofia
 Università degli studi di Roma La Sapienza
 Competenza in filosofia, psicologia, scienze umane e storiche

 Laurea in filosofia

CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI

MADRELINGUA

ITALIANO

ALTRE LINGUA

INGLESE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Eccellente
 BUONO
 ECCELLENTE

ALTRE CAPACITÀ E COMPETENZE

PATENTE O PATENTI

Patente nautica entro 12 miglia
 Patente auto B
 Brevetto Scuba Schools International, livello I

ULTERIORI INFORMAZIONI

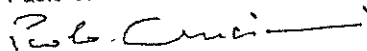
ALLEGATI

Elenco pubblicazioni

Roma 1 aprile 2022

In fede

Paolo Cruciani



Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016-679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di accreditamento ECM.

Roma 1 aprile 2022



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI
INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI
(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

Il/La sottoscritto/a PAOLO CRUCIANI nato/a a
ROMA il 8.M.1946 e residente in
ROMA alla via F. SCHUPFER 69 codice fiscale
CRCPLA46S08H501P p.iva 09397280588

in relazione all'incarico di

UTILIZZAZIONE DEL SOCIAL DREAMING NELLA
FORMAZIONE DEL PERSONALE

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratuito si/no

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note
	PSICOLOGO	1995	

Si impegna infine

D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

RODAK li, 12.7.2022

In fede

Piero Curioni