

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

PROT. N. 47601 del 10.07.2024

Dott. Metello Iacobini  
C.F.: CBNMLL55E14H501G  
e-mail: metello.iacobini@uniroma1.it

**OGGETTO: Incarico di docenza**

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: "FORMAZIONE IN SANITA' DOPO L'EMERGENZA COVID-19: FORMARE I FORMATORI AL BENESSERE NELL'APPRENDIMENTO" che si è tenuto il giorno 24 Giugno 2024 presso la Sala Tevere della Regione Lazio.

Il corso previsto dal Piano Formativo Aziendale per l'anno 2024 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 **60,00 euro lordi (sessanta/00 euro)** esente IVA ai sensi della Legge 21.12.93 n. 537 art. 14, comma 10 del DPR 633/72, onnicomprensivo.

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),
4. FATTURA, 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. ai numeri in calce oppure inviare una e-mail a: [formazione.segreteria@aslroma3.it](mailto:formazione.segreteria@aslroma3.it).

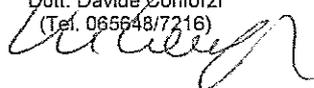
Si ricorda, ai dipendenti di Pubbliche Amministrazioni la necessità, ai sensi del D.lgs. n. 165 del 30.03. 2001 art.53, così come modificato dalla Legge n. 190 del 06.11.2012, di produrre l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza ad effettuare docenza retribuita ai corsi di formazione ed aggiornamento.

Distinti saluti.

Il Dirigente Medico Responsabile  
Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise



Il Responsabile del procedimento  
Dott. Davide Conforzi  
(Tel. 065648/7216)



ASL Roma 3  
Via Casal Bernocchi, 73  
Cap 00125 Roma

[www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)  
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel. 06 56487216-7744 -7745 -7748-7749  
Fax 06 56487746  
e-mail: [formazione.segreteria@aslroma3.it](mailto:formazione.segreteria@aslroma3.it)

	<b>AUTOCERTIFICAZIONE</b> Assenza di Conflitto di Interesse	FORM.PERS Rev.4-20/05/2021  <b>MOD.4</b>	
---	--	---	---

**Convegno scali** **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 Metello Iacobini \_\_\_\_\_

Nato/a a Roma \_\_\_\_\_ prov. RM \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Residente a Roma \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Email: metello.iacobini@uniroma1.it \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

codice fiscale\*: 

C	B	N	M	L	L	5	5	E	I	4	H	5	0	I	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o comunque 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.

Luogo e data

Roma 06-05-2024

In fede



**FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO**

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza 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. È ammessa la presentazione anche a mezzo posta.

Tale nota 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.



**FORMATO EUROPEO  
PER IL CURRICULUM  
VITAE**



**INFORMAZIONI PERSONALI**

Nome **METELLO IACOBINI**  
Indirizzo [REDACTED]  
Telefono [REDACTED]  
Fax  
E-mail **metello.iacobini@uniroma1.it**  
Nazionalità italiana  
Data di nascita [REDACTED]

**ESPERIENZA LAVORATIVA**

- Date (da – a) Dal gennaio 1990 al 1 giugno 2022 (Collocamento in pensione per raggiunti limiti di età)
- Nome e indirizzo del datore di lavoro Università La Sapienza Roma piazzale Aldo Moro 5 , 00185 Roma
- Tipo di azienda o settore Università degli Studi
- Tipo di impiego Professore Aggregato in Pediatria
- Principali mansioni e responsabilità Attività di Ricerca e Didattica, Responsabile UOS di Ematologia Pediatrica presso l'Azienda Ospedaliero/Universitaria Policlinico Umberto I Roma

**ISTRUZIONE E FORMAZIONE**

- Date (da – a) Gennaio 2021
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione Brevetto da Istruttore BLS D
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio American Heart Association  
ITC SQUICCIARINIRESCUE
- Laureato in Medicina e Chirurgia con votazione di 110/110 e Lode presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e specializzato in Pediatria, con votazione di 70/70 e Lode presso la 1° Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

- Qualifica conseguita dal Gennaio 2006 al 1 Giugno 2022 Professore Aggregato presso il Dipartimento di Pediatria della stessa Università

Dal 1-11-2000 è Ricercatore Confermato presso l'Istituto di Clinica Pediatrica- Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Dal 10-07-1990 Funzionario Tecnico (VIII qualifica funzionale tecnico scientifica e socio sanitaria).

Ha partecipato in qualità di consulente esterno e collaboratore al Progetto Finalizzato CNR "Medicina preventiva e riabilitativa" sottoprogetto "Rischio tossicologico" Responsabile Prof. Girolamo Digilio.

Attività assistenziale

Dal 1° giugno 2022 collocato in pensione per raggiunti limiti di età

Dal Gennaio 2021 è BLS Instructor per l'American Heart Association

Dal 2008 al 2022 è Dirigente Medico - Responsabile della UOS di Diagnostica Ematologica Speciale Pediatrica in seguito ridenominata UOS di Ematologia Pediatrica . nella UOC di Pediatria del DAI di Materno Infantile e Scienze Urologiche dell'Azienda Policlinico Umberto I Università "La Sapienza" di Roma.

Si è recato per un periodo di tre mesi (gennaio-marzo 2005), in qualità di Visiting Professor e Health Consultant, per conto dell'UNDP (United Nation Development Programme) sull'isola di Socotra nello Yemen meridionale nell'ambito di un accordo umanitario tra l'UNDP, l'Università "La Sapienza" di Roma e il Governo Yemenita. A Socotra si è occupato di assistenza pediatrica e di didattica diretta al personale sanitario del posto ed alla riorganizzazione e management della sanità locale. Dal Maggio del 2005 è Health Consultant per i problemi sanitari pediatrici dell'isola.

Socio Fondatore e Presidente dell'O.A.S.I. Pediatrica (Organizzazione Assistenza Stranieri in Italia Pediatrica), fondata l'8 Giugno 2002 associazione laica di volontariato, non a scopo di lucro che si prefigge lo scopo di assistere, dal punto di vista sanitario, i bambini che si trovano in condizioni disagiate sia dal punto di vista economico, che da un punto di vista sociale, legale e amministrativo attraverso l'istituzione di ambulatorio pediatrico gratuito.

Ha effettuato per 4 anni, in qualità di Responsabile, turni di guardia presso il Pronto Soccorso Accettazione Pediatrico (DEAP) e per 6 anni titolare Responsabile di Guardia interdivisionale presso il Dipartimento di Pediatria dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Dal 1992 è Dirigente di I° livello presso il Servizio di Ematologia Pediatrica ove svolge un ruolo di assistenza medica diretta sui pazienti affetti da Leucemia ed altre Emopatie dell'infanzia. E' consulente medico per problemi ematologici e emocoagulativi dei pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva Neonatale dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"- Policlinico Umberto I e presso tutti i reparti e servizi dell'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Dal 12-10-1992 su richiesta del Prof. Giovanni Bucci e con l'accordo del Prof. Girolamo Digilio, Primario del Servizio Speciale di Ematologia emocoagulazione Pediatrica, svolge gran parte delle sue funzioni assistenziali presso il Servizio di Ematologia Emocoagulazione Pediatrica dedicandosi particolarmente al controllo ed alla supervisione dei tests di laboratorio richiesti per i pazienti del reparto Terapia Intensiva Neonatale presso il Laboratorio del Servizio di Ematologia Emocoagulazione Pediatrica.

Dall'01-02-1991 è Assistente Medico presso la Divisione di Clinica Pediatrica 2° Terapia Intensiva Neonatale Primario Prof. Giovanni Bucci.



autorizzazione al trattamento dei dati personali



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 METELLO IACOBINI nato/a a  
ROSA il 14-09-1945 e residente in  
[REDACTED] alla via [REDACTED] codice fiscale  
CBNMLL59E14H501G p.iva /

in relazione all'incarico di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

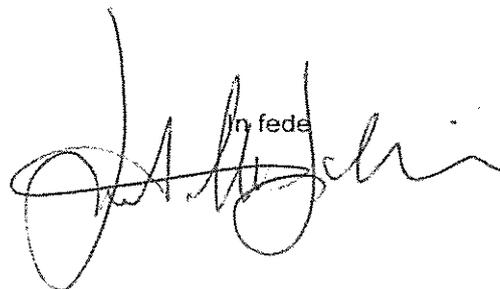
di svolgere le seguenti attività professionali

n	Attività professionale	dal	note

Si impegna infine

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

RAIA il 06-05-24

  
In fede