



ASL
ROMA 3

U. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE



REGIONE
LAZIO

mod.23 Inc.Doc.

U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

PROT. N. 47613 del 10.07.2024

Sig. Rossi Claudio
C.F.: RSSCLD55E11H501R
e-mail: claudio-rossi@hotmail.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.

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 Cenforzi
(Tel. 0656487216)

ASL Roma 3
Via Casal Bernocchi, 73
Cap 00125 Roma

www.aslroma3.it
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel. 06 56487216-7744 -7745 -7748-7749
Fax 06 56487746
e-mail: formazione.segreteria@aslroma3.it

 AZIENDA SANITARIA 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: FORMAZIONE IN SANITA' DOPO L'EMERGENZA COVID: FORTIFICARE I FORMATORI AL BENESSERE NELL'APPRENDIMENTO
 luogo di svolgimento ROMA data di inizio 24/06/2024

II/ La sottoscritto/a CLAUDIO ROSSI
 Nato/a a ROMA prov. RM il [REDACTED]
 Residente a ROMA in via [REDACTED]
 Email: claudio_rossi@hotmail.it
 TEL. [REDACTED] CELL. [REDACTED]

codice fiscale*:

R	S	S	C	L	D	S	S	E	1	1	H	5	0	1	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

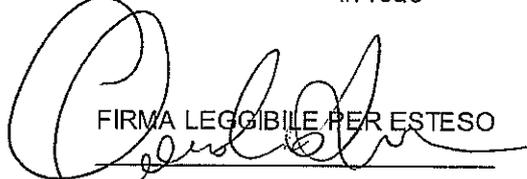
- di non avere interessi diretti o indiretti (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'Attività Formativa;
- che nell'ultimo biennio, non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare 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, 04/06/2024

In fede


 FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO

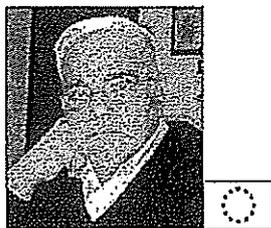
(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o partecipante 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.

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.

FORMATO EUROPEO PER IL
CURRICULUM VITAE



"Ciascuno esamini se stesso per vedere quello che finora ha fatto e quello che deve fare. Non basta ricordare i principi, affermare le intenzioni, sottolineare le stridenti ingiustizie e proferire denunce profetiche: queste parole non avranno peso reale se non sono accompagnate in ciascuno da una presa di coscienza più viva della propria responsabilità e da un'azione effettiva. (...) In tal modo, nella diversità delle situazioni, delle funzioni, delle organizzazioni, ciascuno deve precisare la propria responsabilità e individuare, coscienziosamente, le azioni alle quali egli è chiamato a partecipare"
(Papa Paolo VI)

INFORMAZIONI
PERSONALI

Nome CLAUDIO ROSSI

E-mail Claudio-rossi@hotmail.it

Nazionalità Italiana

Data di nascita 11 MAGGIO 1955

ESPERIENZA
LAVORATIVA

Dal 1.01.2023 in Quiescenza

dal 01.07.2003
Azienda Policlinico Umberto I di Roma - Sanità Pubblica
Collaboratore Amministrativo Professionale Cat. D 4 titolare P.O.

- dal 12.11.2021 Incarico di Responsabile Amministrativo Dipartimento Professioni Sanitarie per lo svolgimento delle funzioni e degli obiettivi specificatamente affidati, coordinando in particolare i servizi amministrativi di pertinenza.

- dal 11.12.2015
Incarico:
 > Referente Amministrativo Servizio Ispettivo Aziendale
 UOC Amministrazione del Personale

- dal 27.04.2015
Incarico di gestione delle risorse - il più efficacemente possibile, nel rispetto della normativa vigente, finalizzato all'istruttoria degli argomenti e di supporto amministrativo di competenza del Direttore Sanitario e a lavorando in autonomia.
Incarico cessato il 13.10.2015

- dal 01.06.1991 (mobilità interna Ospedale San Pietro)
nel profilo professionale di Impiegato di Concetto
(svolgendo mansioni amministrativo-contabili complesse - anche mediante l'ausilio di

ISTRUZIONE E 1975 Istituto Professionale per il Commercio " Francesco Ferrara "

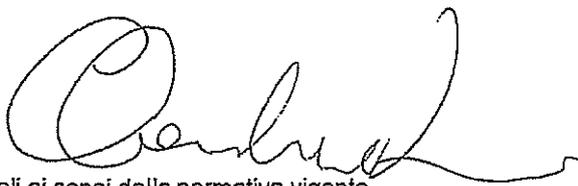
Pagina 1 - Curriculum vitae di
[ROSSI, CLAUDIO]

Per ulteriori informazioni:
www.cedefop.eu.int/transparency
www.europa.eu.int/comm/education/index_it.html
<http://www.curriculumvitaeuropeo.org>

FORMAZIONE

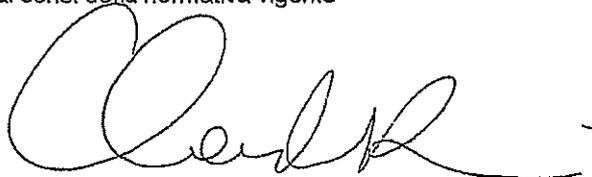
Succursale Istituto Don Orione Roma Via della Camilluccia Roma

Roma, il 04/06/2024

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Claudio Rossi', written in a cursive style.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente

Roma, il 04/06/2024

A second handwritten signature in black ink, identical to the one above, written in a cursive style.

**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 CLAUDIO ROSSI nato/a a _____
_____ il 11/05/1955 e residente in
RONA alla via _____ codice fiscale
_____ p.iva _____

in relazione all'incarico di

DOCENTE AL CORSO CONTABILI E FORMAZIONE

DICHIARA

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

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

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

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

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

04/06/2024 li. 2024

In fede 