

REGIONE  
LAZIO

mod.23 Inc.Doc.

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

Dott. Mirko Santarelli  
C.F.: SNTMRK79L27H501I  
e-mail: mirketto500@gmail.com

### OGGETTO: Incarico di docenza

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: "CORSO DI RADIOPROTEZIONE PER PROFESSIONISTI SANITARI" che si terrà il giorno 03 Ottobre 2024 (I edizione) ed il giorno 24 Ottobre 2024 (II edizione) presso l'Aula Raffaello dell'ASL Roma 3 sita in Via Casal Bernocchi 73 00125 Roma RM.

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 **40,00 euro lordi (quaranta/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.

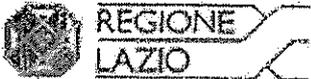
Il Dirigente Medico Responsabile  
Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise

Il Responsabile del procedimento  
Dott. Davide Conforzi  
(Tel. 0656487746)

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>	
--	--	---	--

**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 **Radioprotezione**

luogo di svolgimento **Asl Roma 3** data di inizio **3 ottobre 2024 e 24 ottobre 2024**

Il/La sottoscritto/a **Mirko Santarelli**

Nato/a a **Roma** prov **Rm** il **[REDACTED]**

Residente a **[REDACTED]** in via **[REDACTED]**

Email: **mirketto500@gmail.com**

CELL. **[REDACTED]**

codice fiscale\*: 

S	N	T	M	R	K	7	9	L	2	7	H	5	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 5/6/2024**

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



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome  
Indirizzo  
Telefono  
E-mail  
E-mail Aziendale  
E-mail PEC  
Nazionalità  
Data di nascita  
Sesso

SANTARELLI MIRKO

[Redacted] Roma, 00120 Italia

[Redacted]

Cellulare [Redacted]

[Redacted]

E-mail Aziendale

[Redacted]

E-mail PEC

[Redacted]

Nazionalità

Italiana

Data di nascita

[Redacted]

Sesso

Maschile

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a)
- Datore di lavoro di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

(dal 01/04/2004 – a tutt'oggi)

Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea, Via di Grottarossa 1035/1039 – 00189 Roma.  
Azienda Ospedaliera

**Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**

U.O.C. Radiologia, U.O.S. Radiologia Interventistica, U.O.S. Radiologia Senologica,  
U.O.S. Radiologia d'Urgenza, U.O.S. Imaging Integrato Patologia Addominale U.O.S.  
Imaging Integrato Radiologia Toracica, U.O.S. Emodinamica Cardiologia Interventistica  
Elettrostimolazione e Elettrofisiologia; U.O.D. Fisica Sanitaria

- Date (da – a)
- Datore di lavoro di lavoro
- Tipo di azienda o settore
- Tipo di impiego
- Principali mansioni e responsabilità

(dal 03/12/2001 – al 31/03/2004)

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata, Viale Oxford 81 – 00133 Roma.  
Azienda Ospedaliera Universitaria

**Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**

Radiologia Neuroradiologia e Medicina Nucleare.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Qualifica conseguita

(dal 2020 – al 2021)

Università Telematica "Pegaso", Piazza Trieste e Trento, 48 – 80132 - Napoli

**Master Universitario Specialistico di primo livello in Amministratore di Sistema in Ambito Sanitario**

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

(dal 2006 – al 2008)

Università degli studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Medicina e Chirurgia, polo didattico di Latina, Corso della Repubblica, 79, 04100 Latina.

**Laurea Specialistica in Dottore Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche**

102/110

- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione

(dal 2004 – al 2005)

Università degli studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Medicina e Chirurgia, polo didattico di Rieti, Via Roma, 57, 02100 Rieti.

- Qualifica conseguita
- Date (da – a)
- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione
- Qualifica conseguita
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente)

**CAPACITÀ E COMPETENZE PERSONALI**  
MADRELINGUA  
ALTRE LINGUA

**CAPACITÀ E COMPETENZE RELAZIONALI**

**RELATORE E/O DOCENTE CORSI**

**CORSI DI AGGIORNAMENTO CREDITI E. C. M.**

- Anno 2023
- Anno 2022
- Anno 2021
- Anno 2020
- Anno 2019
- Anno 2018
- Anno 2017
- Anno 2016

**Master Universitario di primo livello in Funzioni di Coordinamento nell'area Radiodiagnostica e Radioterapica**

(dal 1998 – al 2001)

Università di Roma "Tor Vergata", Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via Montpellier, 1, 00133 Roma.

**Diploma Universitario in Tecnico Sanitario di Radiologia Medica**

110/110 con Lode

**ITALIANO**

	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione Orale	
Inglese	A1	A2	A2	A1	A2

Livelli: A1/A2: utente base – B1/B2: Utente Intermedio- C1/C2: Utente avanzato (Livello Europeo di Riferimento delle Lingue)

Possiedo buone competenze comunicative e relazionali, acquisite durante la mia esperienza professionale di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

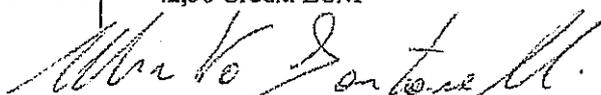
Dal 2002 collaborazione per Convegni, congressi ed eventi di formazione come relatore e/o docente.

Dal 1999 seguo corsi di aggiornamento e formazione.

In regola con l'adempimento dell'obbligo di acquisizione di crediti Educazione Continua in Medicina ECM nell'ultimo triennio.

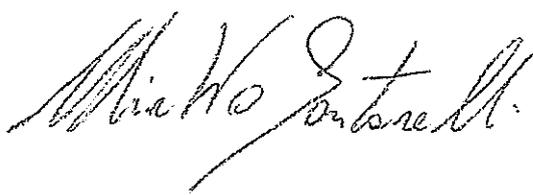
Fonte: <https://www.agenas.gov.it/myECM>

- 3,60 Crediti ECM
- 84,10 Crediti ECM
- 33,10 Crediti ECM
- 116 Crediti ECM
- 99,40 Crediti ECM
- 45 Crediti ECM
- 74,80 Crediti ECM
- 42,50 Crediti ECM



Autorizzo il trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196; e art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) Dichiaro che tutto quanto affermato corrisponde a verità e che le dichiarazioni in esso contenute vengono rese ai sensi degli articoli 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445/2000 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

Roma, 5 giugno 2024



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

II/ La sottoscritto/a MIRNO SANTARELLI nato/a a  
ROMA il 27/07/1970 e residente in  
ROMA alla via VIA ... codice fiscale  
... p.iva ...

in relazione all'incarico di

DOCENTE CORSO DI RANOMPAZIONE

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	dai	note

Si impegna infine

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

ROMA il 5/6/2021

In fede

