

REGIONE PUGLIA  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI  
Piazza Giulio Cesare 11 – 70124 Bari  
U.O. FORMAZIONE – POLO DIDATTICO

0094348|07/11/2023  
|AOUCPG23|UFORM|P

**Prof.ssa Annalisa Saracino**  
Direttore  
U.O. Malattie Infettive  
AOUC Policlinico di Bari

**Oggetto: incarico di Responsabile Scientifico e Docente / Istruttore del Progetto Formativo: “Corso di formazione ed aggiornamento professionale del personale addetto ai reparti di malattie infettive e AIDS (ex legge n. 135/90).” Recupero Anno Finanziario 2014 – COMPARTO”**

Gentilissimo/a,

a seguito della avvenuta consultazione del Suo curriculum vitae, con La presente si conferisce, l'incarico di Responsabile Scientifico del Progetto Formativo e di Docente in merito all'argomento riportato nel Progetto Formativo in epigrafe, per un totale di 6 ore, che si terrà nel corso dell'anno 2023, come da relativo programma.

A tal riguardo, si evidenzia che la nomina a Responsabile Scientifico comporta l'assunzione della responsabilità circa i contenuti formativi, la qualità scientifica e l'integrità etica dell'attività formativa in oggetto, nonché della validazione del materiale didattico e della verifica di apprendimento.

Per quanto riguarda l'attività di docenza, la stessa potrà essere svolta sia in orario di servizio, con un compenso omnicomprendente lordo di €. 5,16 (euro cinque e 16 centesimi) per ogni ora effettivamente svolta, sia fuori l'orario di servizio, un compenso omnicomprendente lordo di €. 25,82 (euro venticinque e 82 centesimi) per ogni ora effettivamente svolta, secondo quanto riportato nel documento “Linee di indirizzo regionale sull'attività di formazione nelle Aziende Sanitarie”, adottate con D.G.R Puglia n. 394 del 05/03/2012.

Alla fine del corso, l'attività didattica svolta sarà sottoposta a verifica secondo le modalità previste

Si comunica, infine, che questa Azienda, in applicazione della Legge n. 196/03 e ss. mm. ii., s'impegna a rispettare la riservatezza delle informazioni fornite e tutti i dati conferiti saranno trattati solo per finalità connesse e strumentali alla gestione della collaborazione nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Tutto ciò premesso, Le chiedo di restituire *brevi manu* copia in originale, o a mezzo PEC ([ufficio.formazione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:ufficio.formazione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it)), la presente debitamente firmata, quale accettazione dell'incarico *de quo* e a conferma dei dati anagrafici riportati, unitamente a:

- autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse ai sensi della Legge n.190 del 06.11.2012;
- autodichiarazione di incompatibilità e inconfiribilità, ai sensi del D.Lgs. n.39 del 2013.

Si rappresenta, infine, l'opportunità che la S.V., in caso di accertato e/o subentrato impedimento a svolgere l'attività didattica conferita, lo comunichi tempestivamente, a mezzo mail/PEC, all'U.O. Formazione di quest'Azienda.

Distinti saluti.

**Il Responsabile del Procedimento**  
(Dott. Massimo Montaruli)

**Il Dirigente Responsabile ad interim**  
(Dott.ssa Karina Cristino)

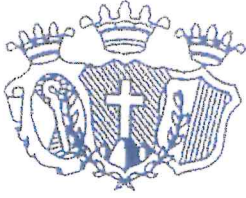
**Il Direttore Amministrativo**  
(Dott. Gianluca Capochiani)

**Il Responsabile Scientifico e Docente**  
(Firma per autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lg. n. 196/2003 e ss. mm. ii.)

**Prof.ssa Annalisa Saracino**

**Il Responsabile Scientifico e Docente**  
(Firma per presa visione e accettazione)

**Prof.ssa Annalisa Saracino**



All. 3

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSE E DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ**  
(ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1 comma 42 lettera h Legge n. 190/2012 e dall'art. 20 del D.Lgs. 39/2013)

Il/la sottoscritt(e) Annalisa SANCINO, nata a [REDACTED] ( [REDACTED] )  
il [REDACTED] e residente in [REDACTED] ( [REDACTED] ), Cod. Fisc.: [REDACTED]  
in relazione al seguente incarico DOCENTE, conferito con nota prot.  
94348 del 07/04/2023

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

- che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge n. 190/2012;
- che non sussistono cause di incompatibilità o inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013, a svolgere incarichi nell'interesse dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari
- Di prestare l'attività professionale di DOCENTE

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

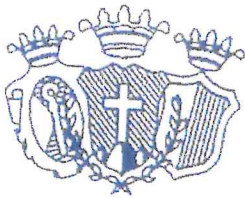
**AUTORIZZA**

La pubblicazione dei presenti dati sul sito web dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari.

Luogo e data 09/11/2023

Firma

[Handwritten Signature]



**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AL COMPENSO DELL'INCARICO DI DOCENZA**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....

.....,il.....residente a.....

....., c.a.p.....via.....n.....tel.....

..... mail.....

in qualità di Docente al Corso di Formazione dal titolo: **“Corso di formazione ed aggiornamento professionale del personale addetto ai reparti di malattie infettive e AIDS (ex legge n. 135/90).”** **Recupero Anno Finanziario 2014 – COMPARTO** di cui al conferimento di incarico, disposto dall’A.O.U.C. Policlinico di Bari, con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di RINUNCIARE**, come in effetti rinuncia, definitivamente ed incondizionatamente alla retribuzione del suddetto incarico.

Firma

.....