



ISTITUTO SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3



REGIONE
LAZIO

mod.23 Inc.Doc.

U.O.S. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

Dott. Paolo Emidio CRISI
C.F.: CRSPMD82A26L103X
e-mail: pecrisi@unite.it

OGGETTO: Incarico di docenza

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: **"AGGIORNAMENTI IN MATERIA DI MEDICINA FELINA INTERNA"** che si terrà nei giorni 20/05/2025 (prima edizione) e 27/05/2025 (seconda edizione) presso l'Aula Raffaello sita presso l'ASL Roma 3 – Via Casal Bernocchi 73 00125 Roma RM.

Il corso previsto dal Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 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 **600,00 euro lordi (seicento/00 euro), 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 Conforzi
(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

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 Emidio Crisi nato/a a
Teramo il 26/07/1982 e residente in
Colledara alla via Contrada Villa III, SNC codice fiscale
CRSPMD82A26L103X p.iva _____

in relazione all'incarico di

docenza corso "aggiornamenti in medicina felina"

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
	Ricercatore universitario tipo B presso Università degli Studi di Teramo	01/10/2022	

Si impegna infine

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

Colledara li, 15/03/2025

In fede
Paolo Lucio Ben'

	Curriculum Vitae DOCENTI	FORM.PERS Rev.4-20/05/2021 MOD.3	
---	-------------------------------------	---	---

BREVE CURRICULUM VITAE DOCENTE

- 1. NOME:** PAOLO EMIDIO ;
- 2. COGNOME:** CRISI ;
- 3. LUOGO E DATA DI NASCITA** TERAMO, 26/01/1982 ;

ISTRUZIONE/FORMAZIONE:

DAL – AL	TITOLO CONSEGUITO
01/03/2014 – 20/07/2017	DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE MEDICHE VETERINARIE, SANITÀ PUBBLICA E BENESSERE ANIMALE
10/2007 – 03/2013	LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA VETERINARIA CON VOTAZIONE 110/110 E LODE

ESPERIENZA PROFESSIONALE:

DAL – AL	BREVE DESCRIZIONE
01/10/2022 – in corso	RICERCATORE ai sensi dell'Art.24, comma 3 Legge 30/12/2010, N° 240 Lettera B. SETTORE SCIENTIFICO-DISCIPLINARE VET/08 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO. DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
01/04/2013 – in corso	MEDICO VETERINARIO – OSPEDALE VETERINARIO UNIVERSITARIO DIDATTICO SERVIZIO MEDICINA INTERNA DEI PICCOLI ANIMALI
01/02/2021 – 30/09/22	ASSEGNISTA DI RICERCA SETTORE SCIENTIFICO-DISCIPLINARE VET/08 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO. DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
01/12/2020 – 30/12/2021	BORSA DI STUDIO PER ATTIVITÀ DI SUPPORTO ALLA DIDATTICA DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA VETERINARIA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO
01/12/2017 – 30/11/2020	ASSEGNISTA DI RICERCA SETTORE SCIENTIFICO-DISCIPLINARE VET/08 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO. DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA
05/2017 – 30/11/2017	BORSA DI STUDIO PER ATTIVITÀ DI RICERCA POST LAUREA - UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TERAMO DIPARTIMENTO DI MEDICINA VETERINARIA

Data 27/03/2025Firma *Piero Lucio En'*

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.

Data 27/03/2025Firma *Piero Lucio En'*

Si fa presente che la UOS Formazione e Aggiornamento del Personale declina ogni contestazione ed eventuale addebito di responsabilità

 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: Aggiornamenti in medicina felina

luogo di svolgimento Roma data di inizio 20/05/2025 e 27/05/2025

Il/La sottoscritto/a Paolo Emidio Crisi

Nato/a a Teramo prov. TE il 28/01/1982

Residente a Colledara (TE) in via Contrada Villa III SNC

Email: pecrisi@unite.it

TEL. _____ CELL. 3288349009

codice fiscale*:

C	R	S	P	M	D	8	2	A	2	6	L	1	0	3	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Colledara, 15/03/2025

In fede

FIRMA LEGGIBILE PER ESTESO

Paolo Emidio Crisi

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di controprestazione 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.