



U.O.S.D. Formazione
Funzioni di Staff alla Direzione Generale



Prot. n. **36872** del **21/05/2025**

Dott.ssa Fiorella Ceppi
CPPFLL56P44H501U
fiorella.ceppi@gmail.com

Oggetto: incarico di docenza_ Fiorella CEPPI

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: "IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE COME INTERVENTO MULTIFATTORIALE NEL TRATTAMENTO DELLE PSICOSI" che si terrà nei giorni 21/05/2025; 18/06/2025; 17/09/2025; 15/10/2025; 19/11/2025 presso la Sala degli Affreschi (ASL Roma 3) – Via A. Colautti 28/30 00152 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 1.800,00 euro lordi (milleottocento/00 euro), omnicomprensivo.

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.

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.

Per eventuali chiarimenti o comunicazioni potrà contattare la scrivente U.O.S.D. ai numeri in calce oppure inviare una e-mail a: formazione.segreteria@aslroma3.it.

Cordiali saluti.

Responsabile del Procedimento

Dott. Davide Conforzi

Dirigente U.O.S.D. Formazione

Dott. Emilio Sergio Giorgio Saverio Scalise

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI
INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI

(ART. 15 COMMA 1 LETT. D. DEL D. LGS 39/2013)

Io/La sottoscritto/a CEFFI FIORELLA nato/a a
ROMA il 04.09.1956 e residente in
[REDACTED] alla via [REDACTED] codice fiscale
CEFFI FIORELLA p.iva 05531281002

in relazione all'incarico di

DOCCIA

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 sì/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	Gratuità o altro

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	al	note
	Consigliere d'Amministrazione	1/1/1990		
	Procuratore	1/1/2005		

Si impegna infine

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

Roma il 20.3.2025

in fede


 ASL ROMA 3	Curriculum Vitae DOCENTI	FORM. PERS Rev.4- 20/05/2021 MOD.3	 REGIONE LAZIO
---	-------------------------------------	--	--

BREVE CURRICULUM VITAE DOCENTE

1. NOME: Fiorella

2. COGNOME: Ceppi

3. LUOGO E DATA DI NASCITA: Roma, 04.09.1956

ISTRUZIONE/FORMAZIONE:

DAL – AL	TITOLO CONEQUITO
1985 – 1989	Diploma quadriennale in psicoterapia sistemico-relazionale (Istituto di Terapia Familiare, Roma)
1982 – 1984	Attestato di counseling sistemico-relazionale (Istituto di Terapia Familiare, Roma)
1977 – 1981	Dottore in psicologia (110/110 e lode) presso Università La Sapienza Roma

ESPERIENZA PROFESSIONALE:

DAL – AL	BREVE DESCRIZIONE
1989 – oggi	Psicoterapeuta individuale e familiare presso studio privato, Roma
2004 – 2022	Responsabile Clinica CTR Gnosis "La Grande Montagna", Marino
2001 – 2004	Responsabile Clinica CTR Gnosis "La Castelluccia", Marino
1998 – 2001	Psicoterapeuta di gruppo e familiare presso Cooperativa Gnosis
1992 – 1997	Psicoterapeuta presso CTR "Setteville", Guidonia

Roma, 18.03.2025

Firma

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.

Roma, 18.03.2025

Firma

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: IL GRUPPO DI PSICOANALISI MULTIFAMILIARE
COME INTERVENTO MULTIFATTORIALE NELLE PSICOSI

luogo di svolgimento via Polenta 30 data di inizio 21.5.2025

II/La sottoscritto/a Fiorella Ceppi

Nato/a a Roma _____ prov RM _____ il 04/09/1956

Residente a Castel Gandolfo (RM) in via Corridella Repubblica 62

Email: fiorella.ceppi@gmail.com

TEL. _____ CELL. 33992083

codice fiscale*:

C	P	P	F	L	L	S	G	P	4	4	H	5	0	1	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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.

In fede

Luogo e data

ROMA 23.12.2024

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 compartecipe 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 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.