



ASL  
ROMA 3

UNITA' SANITARIA REGIONALE



REGIONE  
LAZIO

mod.23 Inc.Doc.

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

Dott.ssa Nicoletta Giacchetti  
C.F.: GCCNLT66H55H501E  
e-mail: n.giacchetti@policlinicoumberto1.it

OGGETTO: Incarico di docenza\_ NICOLETTA GIACCHETTI

Le conferiamo l'incarico di docente, secondo il programma concordato (vedi allegato), per la realizzazione del Corso denominato: "LA PROMOZIONE DELLA SALUTE EMOTIVA NEI PRIMI MILLE GIORNI: FATTORI DI RISCHIO E STRATEGIE DELLA PSICOPATOLOGIA PERINATALE" che si terrà nei giorni 06/05/2025 (prima edizione) e 10/10/2025 (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 **360,00 euro lordi (trecentosessanta/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.

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. 0656487216)

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)

**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 Nizetti, Giacobetti nato/a a Roma  
 il [REDACTED] e residente in Roma  
 alla via [REDACTED] codice fiscale GGCRL266H35A15515 n.iva \_\_\_\_\_

In relazione all'incarico di Dirigente dell'area politica  
La presente atto sollecito un'indennità pari 10000 ann.  
spese di viaggio e stesura per le persone della pubblica amministrazione

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 s/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 sì/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	dati	note

Si impegna inoltre

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

Ricevuto il 23/12/25

In fede



**BREVE CURRICULUM VITAE DOCENTE**

1. **NOME:** Nicoletto ;

2. **COGNOME:** Giacobetti (Giacobetti) ;

3. **LUOGO E DATA DI NASCITA:** Roma - 15/6/1966 ;

**ISTRUZIONE/FORMAZIONE:**

DAL - AL	TITOLO CONSEGUITO
1993	Laurea in Medicina e Chirurgia - Sapienza - Università di Roma
1993	Specializzazione in Pediatria - Sapienza - Università di Roma
2019	Dottorato di Ricerca (PhD) in Neuroscienze Cliniche - Sapienza - Università di Roma
2024	Laurea in Neuroscienze della Tecnologia - Sapienza - Università di Roma

**ESPERIENZA PROFESSIONALE:**

DAL - AL	BREVE DESCRIZIONE
2000 - 2004	Primo Vice Sindaco - Sindaco SPDC ospedale Vittorio
2004 - 2006	Primo Vice Sindaco - Sindaco SPDC ospedale La Pace Roma
2006 - a tutt'oggi	Primo Vice Sindaco - Sindaco Parco Libero I. di Roma
Dal 2008 a tutt'oggi	Attività di tutela di Stato di Sp. Roma - L. Proletaria di Stato - L. Proletaria - Sp. Roma
Dal 2008 a tutt'oggi	Sp. Roma - L. Proletaria - Sp. Roma di Stato - L. Proletaria - Sp. Roma
Dal 2011 a tutt'oggi	Primo Vice Sindaco - Sindaco Comune Roma - L. Proletaria - Sp. Roma di Stato - L. Proletaria - Sp. Roma
Dal 2012 a tutt'oggi	Primo Vice Sindaco - Sindaco Comune Roma - L. Proletaria - Sp. Roma di Stato - L. Proletaria - Sp. Roma

Data 27/3/2025

Firma [Signature]

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 27/3/2015

Firma [Signature]

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

	<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: *La promozione della salute e del vs. malato 1200 ore. Rif. alla rivista e studio di fattibilità delle possibili parti.*  
 luogo di svolgimento: *Crai Benelli ASL Roma 3* data di inizio: *6/5/2025 e 10/10/2025*  
 Il/La sottoscritt(a) *Nicoletta Giachetti*  
 Nata/a *Roma* prov. *[redacted]*  
 Residente a *Roma* in via *[redacted]*  
 Email: *n.giachetti@paedagogia.univroma3.it*  
 TEL. *[redacted]* CELL. *[redacted]*

codice fiscale\*: 

G	C	E	N	L	T	E	G	H	S	S	A	E	O	L	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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. 49 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. 13,19 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 27/3/2025*

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 contropartita diretta o indiretta o 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 economici che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente/relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N.

(2) Non si considerano esclusi esperti in presidi o strutture che gli acquista (o di cui si abbia visto 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 è obbligatoria per la pubblica amministrazione, per i gestori e gli esercenti del pubblico servizio (art. 15 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.