

MOD 8.5.1-2_5 ed. 01 Rev.0 del 01/11/2024- conferimento incarico di docenza – I.V.A.

Firenze, 18/11/2025

Contratto n. 3272/25/FIPT/Formazione del 18/11/2025

Dott/ssa MICHI ARIANNA Email: _

Oggetto: conferimento incarico di docenza per attività occasionale

In riferimento alla giornata organizzata dal nostro Ente **"BLS PROVIDER AHA (BLSD-PBLSD) CON USO AED"** che si terrà dal giorno **16/12/2025** al giorno **16/12/2025** presso **Ordine Delle Professioni Infermieristiche Firenze Pistoia - Sede Pistoia - Via Renato Fucini 3 - Pistoia (PT)**, Le conferiamo l'incarico di docenza. Il compenso previsto è di **154,92 €** oltre ad eventuale IVA ed oneri previdenziali al lordo della ritenuta d'acconto di cui all'art. 25 del DPR n. 600 del 29.9.1973. Il compenso fa riferimento alla retribuzione docenti approvata dal Consiglio Direttivo che prevede un corrispettivo di **25,82 €** l'ora per i dipendenti del SSN. Il compenso sarà liquidato, successivamente allo svolgimento del corso, dietro emissione della fattura elettronica intestata all'Ordine delle Professioni Infermieristiche Interprovinciale Firenze Pistoia – via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze con indicazione nell'oggetto il titolo dell'evento. Il corso si svolgerà se verrà raggiunto il numero minimo di partecipanti pari a 5, sarà cura della Segreteria darne comunicazione.

Nella fattura elettronica dovranno essere indicati i seguenti dati: OPI Interprovinciale Firenze Pistoia, Codice fiscale 94270640488, Codice univoco ufficio UFS5RA, Ente soggetto a split payment.

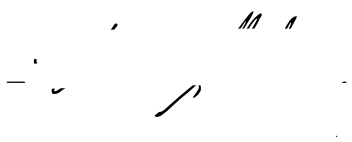
Si allega modulo per la raccolta dei dati anagrafici e bancari per poter erogare il compenso dovuto.

Il presente incarico esclude qualsiasi forma di rapporto di lavoro coordinato e continuativo o di dipendenza. La presente proposta per ritenersi accettata deve essere firmata e rinviata assieme al modulo di rilevazione del conflitto di interesse tramite mail (protocollo@opifipt.it) entro il **16/12/2025**.

L'invio dell'incarico e del modulo di rilevazione del conflitto di interesse è obbligatorio ai fini dello svolgimento della docenza. Ai fini dell'accreditamento dell'evento Le chiediamo di inviare Curriculum in formato europeo; il CV verrà inserito sul nostro sito ai fini di dare una corretta informativa ai partecipanti al corso. L'accettazione della presente autorizza alla pubblicazione del curriculum. In caso di singola docenza Le chiediamo di indicarci il nominativo (con i relativi contatti e curriculum vitae) di un sostituto nel caso all'ultimo momento non potesse presenziare al corso. Si comunica che, come da procedura del sistema ISO 9001, il suo curriculum verrà valutato ai fini dell'inserimento nell'albo docenti qualificati dell'OPI Interprovinciale Firenze Pistoia. Si informa inoltre che i discenti, a fine corso, effettueranno una valutazione della sua docenza. In allegato programma dell'evento formativo.

Per informazioni o altre necessità, rivolgersi alla Segreteria tel.055/359866 o mail: protocollo@opifipt.it. Cordiali saluti.

Firma per accettazione



IL PRESIDENTE
(David Nucci)



Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com





MOD 8.5.1-2_6 ed. 1 Rev.0 del 01/11/2024 Dichiarazione assenza conflitto di interesse



Dichiarazione conflitto di interesse in qualità di responsabile scientifico, docente, relatore, moderatore, tutor

(Conservato dall' OPI Interprovinciale Firenze Pistoia almeno 5 anni presso la Sede dell' Ente e/o fornitori preposti per l'archiviazione digitale)

Prog. n. 3273/25/FIPT/Formazione del 18/11/2025

TITOLO BLS PROVIDER AHA (BLSD-PBLSD) CON USO AED

In base alle indicazioni del Nuovo Accordo Stato Regioni n.14 del 2 febbraio 2017 e successive modifiche

Il/la sottoscritto/a MICHI ARIANNA nato/a _____ 5 residente in _____, email _____, tel _____

Ente appartenenza _____

C.F. _____, Professione _____, Disciplina _____ in qualità di:

☐ Responsabile Scientifico ☒ Docente ☐ Relatore ☐ Tutor ☐ Moderatore

dichiara:

☐ presenza conflitto interessi ☒ assenza conflitto in quanto:

negli ultimi due anni **ho/non ho** avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

☒ **assenza conflitto di interessi**[1] rispetto ai contenuti dell'intervento dal titolo:

BLS PROVIDER AHA (BLSD-PBLSD) CON USO AED inserito nel programma del corso/seminario/convegno BLS PROVIDER AHA (BLSD-PBLSD) CON USO AED organizzato dal Provider OPI Interprovinciale Firenze Pistoia in data 16/12/2025

Data _____

[1] Nell'ambito specifico delle sperimentazioni cliniche non costituisce conflitto di interessi la presentazione di relazioni inerenti le finalità di cui alla DGR 788/2006.

Firma del docente

Sede legale-operativa: Via P. da Palestrina, 11 – 50144 Firenze
Tel. 055359866 – Fax 055355648
Ufficio operativo: Via R. Fucini, 3 – 51100 Pistoia
Tel. 0573359061 – Fax 0573506702
Codice Fiscale: 94270640488
PEC: firenze.pistoia@cert.ordine-opi.it
EMAIL: protocollo@opifipt.it
www.opifipt.com

