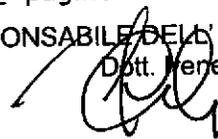


Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Residenziale "L'accreditamento Istituzionale nei Poliambulatori: Strumenti operativi e organizzativi".

Il presente allegato è composto da n° 4 fogli
di n° 4 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Nereo Picciau



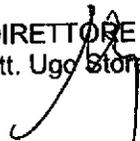
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 897 DEL 30 GIU. 2014

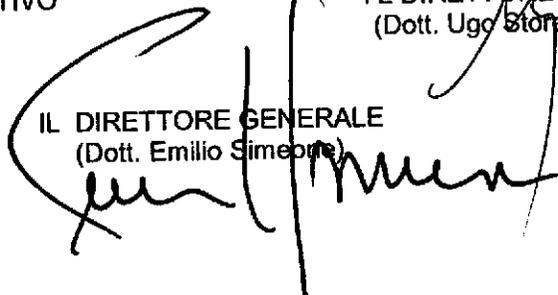
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)



**Indicazione di scelta del docente
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del

Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nei Poliambulatori:**

Strumenti operativi e organizzativi di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Dr Ferdinando Corrias

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.

Data,

Firma e timbro

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Funzioni connesse Autorizzazioni
e Accreditamento Strutture Sanitarie
e Socio-Sanitarie



ASL8

PG/2014/ 0060941 del 22/05/2014 ore 11,14

Mittente : MONNI ALDO FUNZIONI AUTORIZZ ACCRE

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1. Fascicolo : 161 del 2014



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Setargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becclu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

2
1/3

Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del

Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nei Poliambulatori:**

Strumenti operativi e organizzativi di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Dott. Luigi Furcas

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.

Data,

Firma e timbro

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Funzioni connesse Autorizzazioni
e Accreditamento Strutture Sanitarie
e Socio-Sanitarie



ASL8

PG/2014/ 0060936 del 22/05/2014 ore 11,11

Mittente : MONNI ALDO FUNZIONI AUTORIZZ ACCRE

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1. Fascicolo : 161 del 2014



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

2/3

3

Indicazione di scelta del docente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nei Poliambulatori: Strumenti operativi e organizzativi di prossima programmazione,**

1) **indico quale docente dell'attività formativa in questione**

il Dott.ssa Maria Vincenza Monni

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

2) **Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data,

Firma e timbro

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Funzioni connesse Autorizzazioni
e Accredimento Strutture Sanitarie
e Socio-Sanitarie



ASL8

PG/2014/ 0060935 del 22/05/2014 ore 11,11

Mittente: MONNI ALDO FUNZIONI AUTORIZZ ACCRE

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 1. Fascicolo: 161 del 2014



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

3/3

4