

## Allegato "E"

### Approvazione Evento Formativo Residenziale: "Ecografia Toracopolmonare in Emergenza Urgenza e Terapia Intensiva".

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Irene Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1780 DEL - 4 DIC. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storti)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)



**Dati dei docenti**

**Docente nr. 1**

Nome	LUIGI	cognome	VETRUGNO
Qualifica	DIRIG MED ANESTESIA RIANIMAZIONE ALTA SPECIALITA IN ECOGRAFIA SOC ANESTESIA RIANIMAZIONE UNIVERSITA DI UDINE		
Telefono		Cellulare	3382873386
Fax	0432 559502	Email	vetrugno.luigi@aoud.sanita.fvg.it
Luogo di nascita	LECCE	Data di nascita	21/06/1972
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input checked="" type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8 _____		
Compenso orario docente esterno	€ _____ 100,00 /h	Totale compenso	€ _____ 800,00 _____
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: _____ 3 _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____ 83,37 _____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ 1 _____ - Totale spese pernottamenti: € _____ 110,00 _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____ 300,00 _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

INDICARE SE SOGGETTO A PARTITA IVA

SI

NO

DATA 29.10.14

FIRMA PER ACCETTAZIONE



ASL8  
Prot. 2014/133469 del 14/11/2014 ore 09.32  
Mitt.: VETRUGNO LUIGI  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 222 del 2014



**Dati dei docenti**

**Docente nr. 2**

Nome	FRANCESCO <i>FRANCESCO UNIV.</i>	cognome	FORFORI
Qualifica	PROFESSORE ASSOCIATO ANESTESIA RIANIMAZIONE - PATOLOGIA CHIRURGICA, MEDICA, MOLECOLARE E DELL'AREA CRITICA UNIVERSITA DI PISA		
Telefono		Cellulare	
Fax	0432 559502	Email	forforiden@libero.it
Luogo di nascita	CARRARA	Data di nascita	12/10/1972
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Si		<input checked="" type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8 ____		
Compenso orario docente esterno	€ ____ 100,00 /h	Totale compenso	€ ____ 800,00
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: ____ 3 ____ - Totale spesa rimborso pasti: € ____ 83,67 ____		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: ____ 1 ____ - Totale spese pernottamenti: € ____ 110,00 ____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: ____ 300,00 ____		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

INDICARE SE SOGGETTO A PARTITA IVA

SI

NO

DATA

*11/11/14*

FIRMA PER ACCETTAZIONE

*[Handwritten signature]*



*3*

### Dati dei docenti

Docente nr. 3

Nome	NICOLA	cognome	LANGIANO
Qualifica	DIRIGENTE MEDICO SOC ANESTESIA RIANIMAZIONE UNIVERSITA DI UDINE		
Telefono		Cellulare	3295798433
Fax		Email	niklang2001@yahoo.it
Luogo di nascita	LIVORNO	Data di nascita	14/04/1980
Docente interno ASL Cagliari	<input type="checkbox"/> Sì		<input checked="" type="checkbox"/> No
Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio?	<input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore: _____ € ..... per un tot. di € .....		<input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore: _____ € ..... per un tot. di € .....
Docente esterno	<input checked="" type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No
Fascia di competenza	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8 _____		
Compenso orario docente esterno	€ 100,00 /h	Totale compenso	€ 800,00
Spese pasti docente esterno	Nr. pasti da rimborsare: 4 _____ - Totale spesa rimborso pasti: € 111,16		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: 2 _____ - Totale spese pernottamenti: € 220,00		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€ 300,00		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

INDICARE SE SOGGETTO A PARTITA IVA

SÌ

NO

DATA 23/10/2014

FIRMA PER ACCETTAZIONE

di Nicola Langiano  


ASL8  
Prot. 2014/140292 del 02/12/2014 ore 10,39  
Mitt.: LANGIANO NICOLA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 233 del 2014



4