

# Allegato "C"

## Approvazione Progetto Formativo "Il Percorso del Paziente di Medicina Nucleare"

Il presente allegato è composto  
di n. 4 fogli, di n. 4 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 161 DEL - 8 MAR. 2016

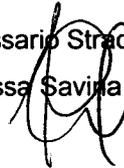
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL Commissario Straordinario  
(Dott.ssa Savina Ortu)



ASL8  
NP. 2016/4739 del 19/02/2016 ore 10,21  
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 64 del 2016



Cagliari, 18 febbraio 2016  
alla c.a. Settore Formazione ASL8  
Via Piero della Francesca 1  
09047 Selargius

Oggetto : richiesta attivazione progetto formativo

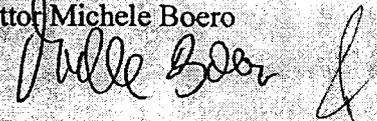
Come da Voi richiesto, ad integrazione di quanto trasmesso in data 04 febbraio u.s., si inviano in allegato le seguenti schede debitamente compilate:

1. Indicazione di scelta del Docente e dichiarazione assenza di conflitti di interesse
2. Accettazione incarico di Docente ed assenza di conflitti di interesse
3. Accettazione incarico di Responsabile Scientifico ed assenza di conflitti di interesse

Si specifica inoltre che il primo incontro si terrà in data 18 marzo p.v. e l'ultimo in data 18 novembre p.v.

Cordiali saluti

Il Responsabile Scientifico  
Dottor Michele Boero



**Indicazione di scelta del Docente o Codocente  
e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto CARLO CELLO <sup>FE</sup> Responsabile/Direttore della Struttura  
COMPLESSA AI MEDICINA NUCLEARE OSP SISA

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

IL PERCORSO DEL PAZIENTE DI MEDICINA NUCLEARE

di prossima programmazione,

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

il ~~Co~~/Dr.

MICHELE BDERO

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e ~~valutato il preventivo di spesa (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, 16/02/2016

Firma e timbro  
ASL CAGLIARI - P.O. SS. TRINITÀ - CA  
SERVIZIO MEDICINA NUCLEARE  
Dr. Carlo Cello  
Matr. 82857

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente/Codocente  
e assenza di conflitti d'interesse**

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto MICHELE BOERO nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

IL PERCORSO DEL PAZIENTE DI MEDICINA NUCLEARE

di prossima programmazione

**dichiaro**

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 18/02/2016

Firma Michele Boero