

## Allegato "B"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"L'organizzazione delle Strutture Sanitarie  
per la corretta gestione dei rischi relativi  
alla tutela della salute e sicurezza dei  
lavoratori".**

Il presente allegato è composto di n. 6 fogli,  
di n. 6 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE F.F.

Dott.ssa Marisa Udetta

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 789 DEL 19 GIU. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreas)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Paris)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)

## 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 \_\_\_ Valerio Vargiu \_\_\_\_\_ Responsabile/Direttore della Struttura

\_\_\_ Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale - Servizio Sicurezza D.Lgs.81/2008 ,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: \_\_\_ *L'organizzazione delle*

*Strutture Sanitarie per la corretta gestione dei rischi relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori* \_\_\_\_\_

di prossima programmazione,

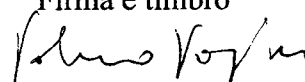
### 1) **indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr. \_\_\_ Marcello Campagna \_\_\_\_\_

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, 15.06.15

Firma e timbro  


ASL8  
NP.2015/19869 del 15/06/2015 ore 13,18  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015



### Indicazione di scelta del tutor 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 Valerio Vargiu Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, committente del Corso Formativo dal titolo: *"L'organizzazione delle Strutture Sanitarie per la corretta gestione dei rischi relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori."* di prossima programmazione,

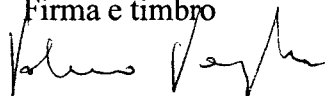
 **indico quali Tutor dell'attività formativa in questione**

la dott.ssa Natalia Angius ed il dott. Daniele Fabbri

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale 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.

 **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, 15/06/2015

Firma e timbro  


ASL8  
NP. 2015/19869 del 15/06/2015 ore 13,18  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015



## 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 Marcello Campagna nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "L'organizzazione delle Strutture Sanitarie per la corretta gestione dei rischi relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori 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, 26/4/2015

Firma



ASL8

NP.2015/19870 del 15/06/2015 ore 13,19  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015



**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

1/1

## 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 NATALIA ANGIUS nominato in qualità di

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

"L'organizzazione delle strutture sanitarie per la corretta gestione dei rischi relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori"

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,

4/06/2015

Firma

Natalia Angius

ASL8  
NP. 2015/19871 del 15/06/2015 ore 13,20  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015



**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

1/1

5

## 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 DANIELE FABBR nominato in qualità di

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

"L'organizzazione delle strutture sanitarie per la corretta gestione dei rischi relativi alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori"

di prossima programmazione

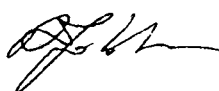
**dichiaro**

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,

04/06/2015

Firma



ASL8

NP. 2015/19871 del 15/06/2015 ore 13,20  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 214 del 2015

