

## Allegato "D"

### Progetto Formativo

"Autoaggiornamento periodico e discussione di casi clinici nell'ambito del P.O. Marino – Terapia del dolore"

Il presente allegato è composto di n. 9 fogli,  
di n. 9 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1377 DEL 19 NOV. 2015

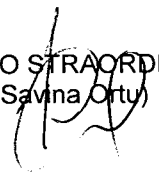
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pierpaolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott. ssa Savina Ortu)



**Indicazione di scelta del docente  
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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura  
S.C. Direzione Sanitaria

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto - aggiornamento medico periodico e discussione di casi clinici nell'ambito del P.O. Marino - di prossima programmazione, capitolo del Dolore.

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

il Sig./Dr. Dott. Sergio Laconi

di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**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, 13.10.2015

Firma e timbro

  
ASL8 - Cagliari - P.O. Marino  
Il Direttore Sanitario f.f.  
Dott. Sergio Laconi

ASL8  
Prot. 2015/111971 del 15/10/2015 ore 12.15  
Mitt.: LACONI SERGIO C/O P.O. MARINO

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



**Indicazione di scelta del docente  
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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura  
S.C. Direzione Sanitaria,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto - aggiornamento periodico e discussione di  
caso clinici nell'ambito del P.O. Marino -  
di prossima programmazione, crisi del dolore

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

il Sig./Dr.

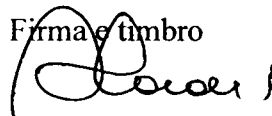
Dott. Sergio Laconi

di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**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, 13.10.2015

Firma e timbro



Asl 8 - Cagliari - P. O. Marino  
Il Direttore Sanitario f.f.  
Dott. Sergio Laconi

**Indicazione di scelta del docente  
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 Dott. Sergio Leconi Responsabile/Direttore della Struttura  
C. Direzione Sanitaria,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto-aggiornamento periodico e discussione di  
caso clinici nell'ambito del P.O. Marino -  
Lezioni del dolore  
di prossima programmazione.

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

il Sig./Dr.

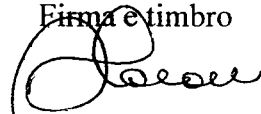
Dott. Luciano Cava

di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**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, 13.10.2015

Firma e timbro



Asl 8 - Cagliari - P. O. Marino  
Il Direttore Sanitario f.f.  
Dott. Sergio Leconi

**Indicazione di scelta del docente  
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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura  
S.C. Direzione Sanitaria

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto - aggiornamento periodico e licenziamento di  
casi clinici nell'ambito del P.O. Marino -  
di prossima programmazione, <sup>1</sup>capite del Dolore.

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

il Sig./Dr.


Dott. Vittorio Floris

di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 13.10.2013

Firma e timbro

  
Asl 6 - Cagliari - P. O. Marino  
Il Direttore Sanitario f.f.  
Dott. Sergio Laconi

## 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 SERGIO MATTEI nominato in qualità di

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

21 Nov. 2015 "LA TERAPIA DEL DOLORE"

di prossima programmazione

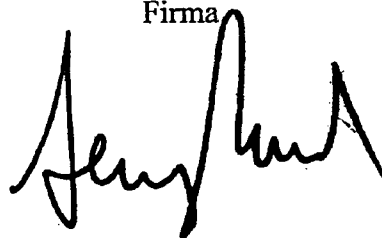
dichiaro

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,

29/9/15

Firma



## 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 VITTORIO FLORIS nominato in qualità di

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

"Auto-aggiornamento periodico e disseminazione  
di casi clinici nell'ambito P.O. Raiuno -  
di prossima programmazione Terapie del dolore

**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,

16-10-2015

Firma

*V. Floris*

ASL8  
Prot. 2015/114399 del 21/10/2015 ore 12.40  
Mitt.: FLORIS VITTORIO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 242 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

7

## 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 CARA LUCIANO nominato in qualità di

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

CORSO DI AUTOFORNITAZIONE "LA TERAPIA DEL DOLORE"

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, 21/10/2015

Firma



Uffizio Sanitario - Regione Sardegna  
Azienda ASL n°8 - Cagliari  
P.O. Ospedale Marino  
S.O. di Oncoepidemiologia e Microchirurgia Ricostruttiva  
Direttore Dott. Luciano Cara

ASL8  
Prot. 2015/115001 del 22/10/2015 ore 12.30  
Mitt.: CARA LUCIANO

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015





## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Responsabile Scientifico 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 D. Luici L. nominato in qualità di Responsabile

Scientifico per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CORSO DI AGGIORNAMENTO "LA TERAPIA  
DEL DOLORE"

di prossima programmazione

dichiaro

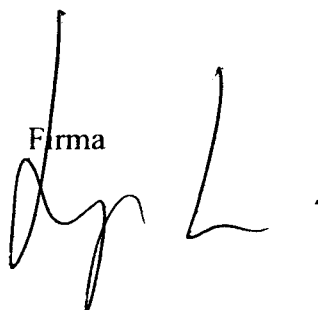


di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

21.10.15

Firma



ASL8  
Prot. 2015/114998 del 22/10/2015 ore 12:28  
Mitt.: LAI LUIGI

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015

