

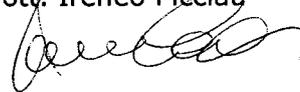
Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Aggiornamento procedure per la fatturazione elettronica e gestione di particolari casistiche".

Il presente allegato è composto di n. ³.....fogli,
di n. ³... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 86 DEL -9 FEB. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Panni)



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 ANTONIO TOGNOTTI Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

PROGETTO FORMATIVO PER AGGIORNAMENTO PROCEDURE
FATTURAZIONE ELETTRONICA E GESTIONE DI PARTICOLARI CASISTICHE
di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

DR. SEBASTIANO URRU

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, 20/01/2016

Firma e timbro
**IL RESPONSABILE
U.O.C. CONTABILITA' E BILANCIO
Dott. Antonio Tognotti**



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 URRU SEBASTIANO nominato in qualità di

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

PROGETTO FORMATIVO PER AGGIORNAMENTO PROCEDURE FATTURAZIONE
ELETTRONICA E GESTIONE DI PARTICOLARI CASISTICHE

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, 20/01/2016

Firma
Sebastiano Urru

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.asl8cagliari.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

