

611 Allegato "D"

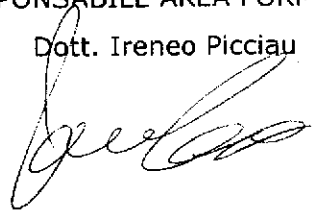
- 1 GIU. 2016

**Progetto Formativo**  
**"Corso di autoformazione – Embolia  
polmonare"**

Il presente allegato è composto di n. 12 fogli,  
di n. 12 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**Auto indicazione di scelta come 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. Luigi Vai Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso di telefonia - Embolo Polmonare

di prossima programmazione,

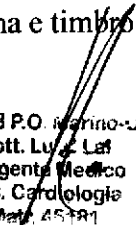
**1) indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

**2) Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.**

Data, 19.6.16

Firma e timbro

  
Asl n°8 P.O. Marino-Sa  
Dott. Luigi Vai  
Dirigente Medico  
S.C. Cardiologia  
Mar. ASL8

ASL8  
NP. 2016/11285 del 26/04/2016 ore 15.38  
Mitt.: Ospedale Marino

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1 Fasc.: 98 del 2016



**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 Dott. Luigi Dai Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso Autoformazione - Embole Polmonare

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

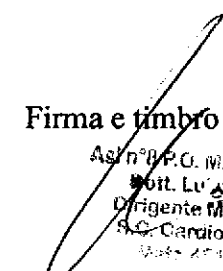
Dott. Stefano Dai

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, 14.6.16

Firma e timbro

  
Asl n° P.O. Marino-Ca  
Dott. Luigi Dai  
Dirigente Medico  
S.C. Cardiologia  
Data 14/6/16

ASLB  
NP 2016/11288 del 26/04/2016 ore 15.53  
Mitt : Ospedale Marino  
Ass Area Formazione  
Class : 1 Fase : 98 del 2016





**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 Dott. Luigi Dai Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso Autoformazione - Embolia Polmonare

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Dott. Paolo Iseni

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,

19.4.'18

Firma e timbro

Asl n°8 P. S. V. Marina  
Dott. Luigi Dai  
Dirigente Medico  
S.C. Cardiologia  
Matr. 45191

ASL8  
NP. 2016/11268 del 26/04/2016 ore 15.53  
Mitt. Ospedale Marino  
Ass. Area Formazione  
Class. 1 Fasc. 98 del 2016



**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 Dott. Luigi Dai Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso Autoformazione - Eccezioni Pulmonare

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

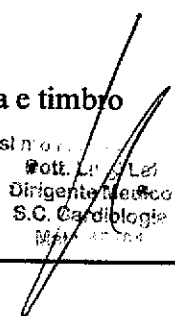
Dott.ssa Elisa Porcello

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, 14.6.16

Firma e timbro

  
Asl Cagliari  
Dott. Luigi Dai  
Dirigente Medico  
S.C. Cardiologia

ASL8  
NP.2016/11288 del 26/04/2016 ore 15.53  
Mitt.: Ospedale Marino  
Ass. Area Formazione  
Class.: 1 Fasc. 98 del 2016



**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 Dott. Luigi Dai Responsabile/Direttore della Struttura

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Corso Autoformazione - Eccezioni Polmonari

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Dott. Roberto Corofano

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, 14.6.18

Firma e timbro

Asl n°8 F. Luigi Dai  
Dott. Luigi Dai  
Dirigente Medico  
S.C. Cardiologia



## 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 Dott. Antonio Arzu nominato in qualità di

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

Corso autoformazione Embole Polmonare

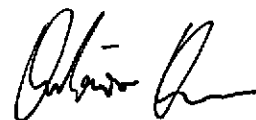
di prossima programmazione

**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, 20-04-16

Firma



ASL8  
Prot. 2016/43042 del 26/04/2016 ore 15,58  
Mitt.: ARRU ANTONIO

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1 Fasc.: 98 del 2016





## 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 Dot. Anna Elisabetta Porcella nominato in qualità di

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

Corso Autofornazione - Emblema Polmonare

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, 21/04/2016

Firma



ASL8  
Prot. 2016/43045 del 26/04/2016 ore 16.01  
Mitt.: PORCELLA ANNA ELISABETTA  
Ass.: Area Formazione  
Class. 1. Fasc. 98 del 2016

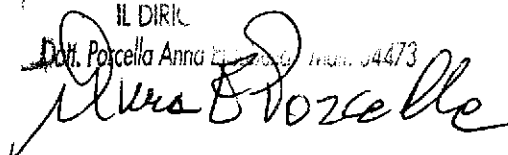


ASL N° 8 - OSPEDALE UNIVERSITARIO

RAF

IL DIRIC

Dot. Porcella Anna Elisabetta Matr. 54473



## 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 Dott. Paolo Isoni nominato in qualità di

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

Corso Autoformazione Emelie Polmonare

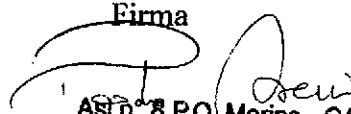
di prossima programmazione

**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, 19/06/2016

Firma

  
ASL n° 8 P.O. Marino - CA  
Dirigente Medico  
S.C. Rianimazione - Medicina Iperbarica  
Dr. Isoni Paolo  
matr. 53615

ASL8  
Prot. 2016/43048 del 26/04/2016 ore 16.03  
Mitt.: ISONI PAOLO

Ass. Area Formazione  
Class 1. Fasc. 98 del 2016



## 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 Stefania Lai nominato in qualità di

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

Corso Autoformazione - Embolo Polmonare

di prossima programmazione

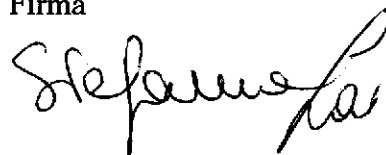
**dichiaro**

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,

15/04/16

Firma



ASL8  
Prot. 2016/43069 del 26/04/2016 ore 16.20  
Mitt.: LAI STEFANIA

Ass.: Area Formazione

Class. 1. Fasc.: 98 del 2016



Alessandra

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 Dot. me Roberto Coroforo nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:  
Corso autoformazione Emblema Pleuroscure

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,  
27/04/16

Firma  
Roberto Coroforo

ASL8  
Prot. 2016/44823 del 03/05/2016 ore 16.46  
Mitt. COROFORO ROBERTA

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016



**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