

611 Allegato "D"

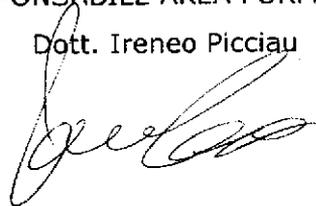
- 1 GIU. 2016

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 Lai 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 Lai
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 Dot. 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.

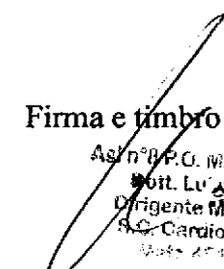
Dot. Stefano Dai

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
Dot. 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 - Eccezioni Pulmonare

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

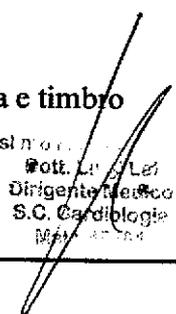
Dott.ssa Elisa Porcello

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
Marina di Cagliari

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 Arru 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 Autoformazione - Emelbe 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

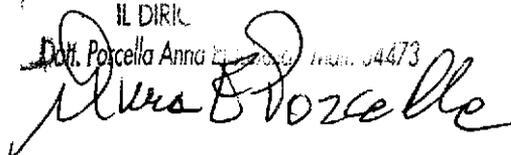


ASL N° 8 - OSPEDALE UNIVERSITARIO

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 Embole e Polmonare

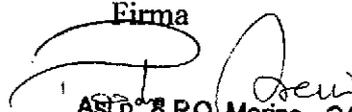
di prossima programmazione

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, 19/04/2016

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

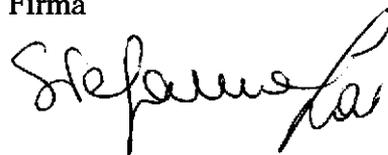
dichiaro

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