

Direzione generale Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale **Area Formazione** 

## Allegato "A"

190 2 2 FEB. 2016

# Progetto Formativo "L'attività fisica in medicina"

Il presente allegato è composto di n.네..fogli, di n. 시네.. pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**Servizio Proponente** <u>Cardiologia – PO</u> Marino

### Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: "L'Attività Fisica in Medicina"

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Congresso/simposio/convegno/seminario

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

#### Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	20/02/2016	20/02/2016



N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

#### Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede: Seminario Arcivescovile Cagliari

Indirizzo Via Monsignor Giuseppe Cogoni, 9, 09121 Cagliari

ASL8 NP.2016/1288 del 19/01/2016 ore 12,59 Mitt.: Ospedale Marino

Ass.: Area Formazione Class.: 1. Fasc.: 16 del 2016

18 del 2016

Partecipanti	
Numero di partecipanti per edizione 150 Totale Partecipanti 150	
Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi A	SL
Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Voloni	tarıato
Professioni dei partecipanti	
Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:	
Aventi diritto ai crediti E.C.M.	
☐ Farmacista	
Biologo	
Chimico	
Fisico	
☐ Veterinario	
Odontoiatra	
⊠ Psicologo	
Assistente Sanitario	
☐ Dietista	
Educatore Professionale	
☐ Igienista Dentale	
	L
Infermiere pediatrico	
Logopedista	
Ortottista/Assistente di oftalmologia	
Ostetrica/o	
Podologo	
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	
Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	
Tecnico Audiometrista	
Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e	
perfusione cardiovascolare	
Tecnico Audioprotesista	
Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di	
Lavoro	
Tecnico di Neurofisiopatologia	
Tecnico Ortopedico	
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età	
Evolutiva	
Terapista Occupazionale	
Tutte le professioni	

#### Non aventi diritto ai crediti E.C.M. ☐ Architetto ☐ Analista Assistente Amministrativo Assistente Religioso Assistente Tecnico Ausiliario Specializzato Avvocato Coadiutore Amm.vo Collaboratore Amm.vo - Prof.le Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale Collaboratore Tecnico - Professionale Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione Collaboratore Professionale - Sanitario Commesso Direttore Amministrativo Direttore dei Servizi Sociali Direttore Generale ☐ Dirigente Amministrativo Geologo Infermiere Generico Infermiere Psichiatrico Ingegnere Massofisioterapista Odontotecnico Operatore Socio-Sanitario Operatore Tecnico Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA) Operatore Tecnico Specializzato ☐ Ottico Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente Profilo Atipico Ruolo Amministrativo Profilo Atipico Ruolo Sanitario Profilo Atipico Ruolo Tecnico Programmatore Puericultrice Sociologo

Statistico

Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.



## Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

Clinica Anatomia Patologica Anestesia e Rianimazione Angiologia Audiologia e Foniatria Cardiochirurgia Cardiologia Chirurgia Generale Chirurgia Maxillo - Facciale Chirurgia Pediatrica Chirurgia Vascolare Continuità Assistenziale Dermatologia e Venereologia Ematologia pediatrico Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Farmacologia e Tossicologia Clinica Gastroenterologia Genetica Medica Geriatria Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica Laboratorio di Genetica Medica	Malattie dell'apparato respiratorio	<ul> <li>□ Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)</li> <li>□ Pediatria</li> <li>□ Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)</li> <li>□ Psichiatria</li> <li>□ Psicoterapia</li> <li>□ Radiodiagnostica</li> <li>□ Reumatologia</li> <li>□ Scienza dell'Alimentazione e Dietetica</li> <li>□ Urologia</li> <li>□ Ginecologia e Ostetricia</li> <li>□ Malattie Metaboliche e Diabetologia</li> <li>□ Biochimica Clinica</li> <li>□ Chirurgia Toracica</li> <li>□ Endocrinologia</li> <li>□ Medicina fisica e riabilitazione</li> <li>□ Medicina Trasfusionale</li> <li>☒ Tutte le discipline</li> </ul>	
Specificare le c	liscipline E.C.M. per la profession	e ai Farmacista	
☐ Farmacia Ospo	edaliera	armacia Territoriale	
Specificare le d	liscipline E.C.M. per la profession	e di Veterinario	
☐ Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche ☐ Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati ☐ Sanità Animale			
Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo			
⊠ Psicologia		⊠ Psicoterapia	

#### **Progetto Formativo**

#### Area tematica

#### Area prevenzione e promozione della salute

#### Obiettivo formativo

#### Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

#### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Effetti benefici pleiotropici dell'attività fisica.

#### B - Acquisizione competenze di processo:

Omogeneizzazione del linguaggio nella prescrizione dell'attività fisica.

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

Aumento dell'utilizzo responsabile dell'attività fisica come terapia e prevenzione.

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Conoscenze tecnico professionali in termini di processi di prevenzione.

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 3 mesi dal corso

\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati

#### Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome LAI Nome LUIGI

Codice Fiscale <u>LAILGU57R31B354S</u> Luogo di nascita <u>Cagliari</u> Data di nascita <u>31/10/1957</u>
Telefono <u>0706094393</u> Cellulare <u>3200840638</u> Fax <u>0706094390</u> e-mail <u>luigilai@asl8cagliari.it</u>
Qualifica <u>Responsabile ff Cardiologia PO Marino</u> Competenze <u>Cardiologo</u>

#### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Lai. Nome Luigi

Codice Fiscale LAILGU57R31B354S.Telefono 070 609 4393 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. FaX 070 6094390 e-mail luigilai@asl8cagliari.it

#### Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel <u>programma in allegato</u>, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 8 Minuti: 30

#### Metodologie didattiche

Metodologie		Ore	Minuti
Lezioni Magistrali		00_	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato		<u>6</u>	<u>30</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti		<u>00</u>	<u>50</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti		<u>1</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)		00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto		<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche		1	00
Role - Playing		<u>00</u>	<u>00</u>

Valutazione			
Per i progetti ECM è obbligatorio prev seguenti strumenti (barrare le caselle di ir	vedere la verifica dell'apprendimento attraverso nteresse):	almeno uno dei	
Questionario (allegare il modello)	Prova orale (allegare le domande)	☐ Esame	
pratico (allegare la descrizione)	Prova scritta (allegare la descrizione)	Project work	
(allegare la descrizione)	ificazione dei partecipanti (allegare il modello)		
	Attrezzatura		
(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)			
	er portatile 🔲 Lavagna a fogli mobili 🔃 Aula ii	nformatica	
Altro (specifi	icare) Fare clic qui per immettere testo.		

Ruolo Docente Esterno

Cognome ECCA Nome ANNARITA

Codice Fiscale CCENRT58P49E281S Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 09/09/1958

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 347 3842801 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

ritaecca@gmail.com. Qualifica Medico di Continuità Assistenziale

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso €0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno

Cognome ROBERTO Nome PEDRETTI

Codice Fiscale PDRRRT59D23F205P Luogo di nascita Milano Data di nascita 23/04/1959

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 338.5347404 Fax 0331.829555 e-mail roberto.pedretti@fsm.it

Qualifica Dirigente Medico Specialista in Cardiologia

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 000,00</u>

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno

Cognome ANDREA Nome BIANCO

Codice Fiscale BNCNDR60B03I452A Luogo di nascita Sassari Data di nascita 03/02/1960

Telefono <u>070 539322</u> Cellulare <u>3386429348</u> Fax <u>070539840</u> e-mail andreabianco@aob.it Qualifica <u>Dirigente</u> medico di cardiologia

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

V.

Ruolo Docente Esterno

Cognome GAVINO Nome CASU

Codice Fiscale CSA GVN 61C24I452I Luogo di nascita Sassari Data di nascita 24/03/1961

Telefono 079 271338 Cellulare 3356623601 Fax 0784 240022 e-mail gavicasu©tin.it Qualifica <u>Dirigente medico di</u> Cardiologia

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo Docente Esterno

Cognome PIERPAOLO Nome CONTINI

Codice Fiscale CNTPPL52P12B354D. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita 12.9.52.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3484726517. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail contini.pierpaolo@tiscali.it. Qualifica: Responsabile del Servizio di Diabetologia del PO S.Giovanni di Dio - AOU Cagliari

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome ANTONIO Nome CAPONE

Codice Fiscale CPNNTN63T03E506V Luogo di nascita LECCE Data di nascita 03/12/1963

Telefono - Cellulare <u>3408538140</u> Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail <u>antoniocapone@asl8cagliari.it</u> Qualifica Responsabile Clinica Ortopedica PO Marino <u>ASLCagliari</u>

Qualifica Temporioablic Offinea Officeated To Marino / C

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome CLAUDIO Nome SECCI

Codice Fiscale SCCCLD85E15B354T Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 15/05/1985

1

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3285443621 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail clausecci@tiscali.it Qualifica Medico Specializzando in Medicina Fisica e Riabilitativa presso L'Università degli Studi di Cagliari

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 8

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome PIERGIORGIO Nome BOLASCO

Codice Fiscale BLSPGR52S23B354Y Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/11/1952

Telefono 070 6097332 Cellulare 3284958708 Fax 070 6097340 e-mail piergiorgiobolasco@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico di nefrologia

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.\_

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 000,00</u>

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

## È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata FORMATORE/TUTOR n. 9

Ruolo Docente Esterno

Cognome DANIELE Nome FARCI

Codice Fiscale FRCDNL61H04B354D. Luogo di nascita Cagliari. Data di nascita. 04.06.1961

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3332001414. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail d.farci@tin.it Qualifica. Dirigente Medico - S.C. ONCOLOGIA MEDICA OSPEDALE BUSINCO

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 10

Ruolo Docente Esterno

Cognome CONTU Nome AUGUSTO

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 02.12.1950.

Telefono 0706094620 . Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica: Responsabile - Centro Salute Mentale Assemini - ASLCagliari

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

1

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000.00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 11

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome ARRU Nome ANTONIO

Codice Fiscale RRANTN63T23A192R Luogo di nascita Alghero Data di nascita 23/12/1963

Telefono 070 6094414 Cellulare 3474359919 Fax 0706094390 e-mail antonioarru63@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico di Cardiologia

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0.00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000.00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 12

#### Ruolo Docente Esterno

Cognome <u>PUTZU</u> Nome <u>FRANCESCO</u>

Codice Fiscale PTZPFR50R04B354M Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/10/1950

Telefono --- Cellulare 330568204 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail p.putzu@tin.it Qualifica geriatra

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 000,00</u>

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata FORMATORE/TUTOR n. 13

Ruolo Docente Esterno

Cognome Quadrino Nome Silvana

Codice Fiscale CF QDRSVN44D50B225B Luogo di nascita Brusasco Data di nascita 10/04/1944

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 335 266187 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail silvana.quadrino@gmail.com Qualifica psicologa psicoterapeuta

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 0</u>00,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata



Ruolo Docente Esterno

Cognome Ravizza Nome RobertaFare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale RVZRRT64P58L219Y

. Luogo di nascita Torino. Data di nascita 18/09/1964 Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 329-2545260. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail robertaravizza.change@gmail.com

Qualifica Educatore Professionale in ambito sociale e sanitario

Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL

Formatori interni Dirigenza.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 15

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome MELIS Nome DANIELA

Codice Fiscale MLSDNL69T45B354W Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 05/12/1969

Telefono 070 6094414 Cellulare 3930516328 Fax 070 6094396 e-mail lucrezia 69@tiscali.it Qualifica infermiera

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 000,00</u>

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 16

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome LAI Nome LUIGI

Codice Fiscale LAI LAGU 57R31 B 354S Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 31/10/1957

Telefono <u>0706094393</u> Cellulare <u>3200840638</u> Fax <u>0706091390</u> e-mail <u>luigilai@asl8cagliari.it</u> Qualifica <u>Dirigente</u> medico Responsabile <u>FF della UOC Cardiologia PO Marino ASLCagliari</u>

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Ruolo Docente Esterno

Cognome CASTALDI Nome PAOLO

Codice Fiscale CSTPLA53T06B354T Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 06/12/1953

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare <u>3494325228</u> Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail <u>paolo castaldi@asl8cagliari.it</u> Qualifica <u>Dirigente medico rianimatore-Responsabile dell'UOC Rianimaziione PO Marino</u>

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti <u>000</u> Totale spesa rimborso pasti <u>€ 000,00</u>

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento €000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 18

Ruolo Docente Esterno

Cognome GAZALE Nome GIOVANNI

Codice Fiscale GLGNN57H22I452Y Luogo di nascita Sassari Data di nascita 22/06/1957

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare <u>3392789329</u> Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail <u>gazagio@tiscali.it</u> Qualifica <u>cardiologo ambulatoriale</u>

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### FORMATORE/TUTOR n. 19

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome SPANU Nome FRANCESCA

Codice Fiscale CF SPNFNC61H63B354M Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/06/1961

Telefono 070562955 Cellulare 393405683406 Fax 070562955 e-mail sp.francesca@gmail.com Qualifica Dirigente medico di diabetologia

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

#### È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

#### Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:



Fonti di fina	nziamento		
ndicare le diverse tipologie di finanziamento:			
	Formazione specifica		
Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo			
Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualor	a fossero previsti partecipanti esterni):		
Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare	e conflitto d'interessi? Sì No		
Riepilogo Voci	di spesa del corso		
A Spese docenza e tutoraggio (di tutte le edi			
B Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni	e di tutti i docenti) € 360,00		
C Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a t			
E Spese Materiali didattici e sala	D Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti) € 450,00 E Spese Materiali didattici e sala € 450,00		
F Stima costi accreditamento ECM € 172,15			
Totale spesa Progetto Formativo	$(A + B + C + D + E + F)$ $\in 1.732,15$		
Macrostruttura d	i appartenenza		
	_		
Coordinamento distretti	☐ Dipartimento Dipendenze		
<ul><li>□ D.A. Servizi amministrativi</li><li>□ D.A. Servizi tecnico logistici</li></ul>	☐ Dipartimento Farmaco ☐ Dipartimento Prevenzione		
☐ Centrale Operativa 118	☐ Dipartimento Frevenzione		
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza	□ P.O. Marino		
Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari	P.O. San Giuseppe		
☐ D.G. Staff	P.O. San Marcellino		
DASS Accreditamento Strutture Sanitarie	P.O. Santissima Trinità		
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari	☐ P.O. Binaghi		
Dichiarazione ai sensi e per gl	i effetti del D.lgs. n.196/2003		
Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di es personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM	sere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati		
Nome e cognome (in stampatello)  Dott. Luigi Lai			
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	1		
Timbro e Firma (leggibile)			
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AZIENDA Z		
<u> </u>	ESARL.		