ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "A"

655
15 GIU. 2016

Progetto Formativo

"Percorsi di cura dal minore all'adulto"

Il presente allegato è composto di n. 11 fogli,
di n. 11 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

ASL8
NP.2016/14365 del 27/05/2016 ore 10:32
Mitt.: Direzione Socio Sanitaria
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016

Servizio Proponente Direzione dei Servizi Socio Sanitari e Dipartimento di Salute Mentale

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *" Percorsi di cura dal minore all'adulto "*

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

Corso di aggiornamento

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? Scegliere un elemento.

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 Inzio	Data fine		Data Inzio	Data fine
1ª Edizione	23/06/2016	23/06/2016	6ª Edizione	__/__/____	__/__/____
2ª Edizione	30/06/2016	30/06/2016	7ª Edizione	__/__/____	__/__/____
3ª Edizione	29/09/2016	29/09/2016	8ª Edizione	__/__/____	__/__/____
4ª Edizione	12/10/2016	12/10/2016	9ª Edizione	__/__/____	__/__/____
5ª Edizione	25/10/2016	25/10/2016	10ª Edizione	__/__/____	__/__/____

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 Sala Serd , Sala Distretto 1

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Via dei Valenzani;Via Romagna 16; Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 **Totale Partecipanti** 250

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☒ Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

☐ Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - ☐ Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- ☐ **Medico Chirurgo**
- ☐ **Farmacista**
- ☐ Biologo
- ☐ Chimico
- ☐ Fisico
- ☐ **Veterinario**
- ☐ Odontoiatra
- ☐ **Psicologo**
- ☐ Assistente Sanitario
- ☐ Dietista
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Educatore Professionale
- ☐ Igienista Dentale
- ☐ Infermiere
- ☐ 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

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

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *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*
- ☐ *Malattie Infettive*
- ☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*
- ☐ *Medicina dello Sport*
- ☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
- ☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- ☐ *Medicina Interna*
- ☐ *Medicina Legale*
- ☐ *Medicina Nucleare*
- ☐ *Medicina Termale*
- ☐ *Microbiologia e Virologia*
- ☐ *Nefrologia*
- ☐ *Neonatologia*
- ☐ *Neurochirurgia*
- ☐ *Neurofisiopatologia*
- ☐ *Neurologia*
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile*
- ☐ *Neuroradiologia*
- ☐ *Oftalmologia*
- ☐ *Oncologia*
- ☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia*
- ☐ *Otorinolaringoiatria*
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*
- ☐ *Pediatria*
- ☐ *Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)*
- ☐ *Psichiatria*
- ☐ *Psicoterapia*
- ☐ *Radiodiagnostica*
- ☐ *Radioterapia*
- ☐ *Reumatologia*
- ☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*
- ☐ *Urologia*
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia*
- ☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
- ☐ *Biochimica Clinica*
- ☐ *Chirurgia Toracica*
- ☐ *Endocrinologia*
- ☐ *Medicina fisica e riabilitazione*
- ☐ *Medicina Trasfusionale*
- ☒ Tutte le discipline

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

☐ *Farmacia Ospedaliera* ☐ *Farmacia Territoriale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione 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 salute mentale

Obiettivo formativo

Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura

*Finalità **

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Operare all'interno della rete

B - Acquisizione competenze di processo:

Costruire processi assistenziali dei pazienti

C - Acquisizione competenze di sistema:

Definire i criteri di integrazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali fra tutti i livelli assistenziali della rete

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

Potenziamento della collaborazione tra operatori della rete, individuando nuove modalità condivise tra i servizi asl coinvolti .

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 **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 Pani Pier PAolo Nome Contu Augusto
Codice Fiscale PNAPPL55P02E441L / CNTGST50T03B354V Luogo di nascita Lanusei / Cagliari Data di nascita 03/12/1950
Telefono 07047443071 / 07047443401 Cellulare 3493280112 Fax 07047443072 e-mail Pierpaolo.pani@asl8cagliari.it / augustocontu@asl8cagliari.it
Qualifica psichiatra / psichiatra Competenze Direttore dei Servizi Socio Sanitari--Direttore Sanitario / Direttore Dipartimento di Salute Mentale

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Sarigu Monica Nome Montixi Maria Carla
Codice Fiscale SRGMNC71L58B354Q /MNTMCR64D43L122E Telefono 07047443070 / 07047444334 Cellulare 3477040900 / 3806422597 Fax 07047443072 e-mail monicasarigu@asl8cagliari.it / mcarlamontixi@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, 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:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	**LM**	1	10
Serie di relazioni su tema preordinato	**LRP**	00	50
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	**TR**	00	45
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	**CD**	00	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	**DTSED**	00	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	**PPCC**	3	20
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	**LPG**	1	55
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	**ED**	00	00
Role - Playing	**RP**	00	00

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

☐ *Questionario (allegare il modello)* ☐ *Prova orale (allegare le domande)* ☐ *Esame pratico (allegare la descrizione)* ☒ *Prova scritta (allegare la descrizione)* ☐ *Project work (allegare la descrizione)*
☐ *Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

☐ *Videoproiettore* ☐ *Computer portatile* ☐ *Lavagna a fogli mobili* ☐ *Aula informatica*

☐ *Altro (specificare)* .

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Pani Nome Pier Paolo
Codice Fiscale PNAPPL55P02E441L Luogo di nascita Lanusei Data di nascita 02/09/1955
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM Psichiatria
Telefono 07047443071 Cellulare 3493280112 Fax 07047443072 e-mail Pierpaolo.pani@asl8cagliari.it Qualifica Direttore dei Servizi socio Sanitari/Direttore Sanitario
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 Interno in orario di servizio
Cognome Contu Nome Augusto
Codice Fiscale CNTGST50T03B354V Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 03/12/1950
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM psichiatria
Telefono 07047443401 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail augustocontu@asl8cagliari.it Qualifica Direttore dipartimento Salute Mentale
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. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Diana Nome Massimo
Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 27/03/1952
Professione ECM psichiatra Disciplina ECM psichiatria
Telefono 07047444311 Cellulare 337815220 Fax 07047444272 e-mail massimodiana@asl8cagliari.it Qualifica Direttore SER-D
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. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Fancello Nome Luciana
Codice Fiscale FNCLCN58B59E788Z Luogo di nascita Macomer Data di nascita 19/02/1958
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM medico dirigente
Telefono 0706095006 Cellulare 3287869548 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lucianafancello@asl8cagliari.it Qualifica dirigente medico
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 Interno in orario di servizio
Cognome Frau Nome Anita
Codice Fiscale FRANTA60S60B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 20/11/1960
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM medico dirigente
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3495740294 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail anitafrau@asl8cagliari.it Qualifica medico dirigente
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. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Iacolina Nome Maria Grazia
Codice Fiscale CLNMGR72D47B354T Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 07/04/1972
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM Neuropsichiatrainfantile
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3479930265 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail iacolinamariagrazia@asl8/cagliari.it Qualifica neuropsichiatirainfantile
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 in orario di servizio
Cognome Musio Nome Assunta
Codice Fiscale MSUSNT54B45I667H Luogo di nascita Serrentil Data di nascita 05/02/1954
Professione ECM Psichiatra Disciplina ECM psichiatria
Telefono 0706096307 Cellulare 3391514814 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail assuntamusio@asl8cagliari.it Qualifica psichiatra
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. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Piras Nome Alessandra
Codice Fiscale PRSLSN60T49H974K Luogo di nascita Sanluri Data di nascita 09/12/1960
Professione ECM psichiatra Disciplina ECM psichiatria
Telefono 0706097212 Cellulare 3477573945 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail alepiras.md@gmail.com
Qualifica psichiatra
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. 9

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Sanna Nome Silvana Giuseppina
Codice Fiscale SNNSVN54A51A948X Luogo di nascita Bolotana Data di nascita 11/01/1954
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM medico dirigente
Telefono 0706096498 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail silvanasanna@asl8cagliari.it Qualifica responsabile consultori
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. 10

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Sanna Nome Roberto
Codice Fiscale SNNRRT58R23B345T Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 23/10/1958
Professione ECM Dirigente medico Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono 0706097658 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail robertosanna@asl8cagliari.it Qualifica 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. 11

Ruolo Docente Esterno
Cognome Tedde Nome Laura Maria
Codice Fiscale TDDLMR55R65B354H Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 25/10/1955
Professione ECM Neuropsichiatrainfantile Disciplina ECM Neuropsichiatriainfantile
Telefono 0706095467 Cellulare 3339273547 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lauramaria.tedde@gmail.com Qualifica responsabile neuropsichiatriainfantile
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 € 130,00
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 Interno in orario di servizio
Cognome Trudu Nome Sabrina
Codice Fiscale TRDSRN68L53B354I Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 13/07/1968
Professione ECM neuropsichiatrainfantile Disciplina ECM neuropsichiatriainfantile
Telefono 0706097243 Cellulare 3292608234 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail sabrinatrudu@sasl8cagliari.it Qualifica neuropsichiatrainfantile
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

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☒ Formazione strategica e Formazione di sistema ☐ Formazione specifica

☐ Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.

☐ Sponsor Commerciali ☐ Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐Sì ☐No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 130,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 35,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 180,76
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)		**€ 345,76**

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☒ D.G. Staff
☐ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☒ Dipartimento Salute Mentale
☐ P.O. Marino
☐ P.O. San Giuseppe
☐ P.O. San Marcellino
☐ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	AUGUSTO CONTU PIER PAOLO PANI
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASLCagliari Direzione dei Servizi Socio-Sanitari IL DIRETTORE *Pier Paolo Pani* Il Direttore DSM *Dott. Augusto Contu*