ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
Area Formazione

Allegato "D"

656
15 GIU. 2016

Progetto Formativo

"Qualità e sicurezza in RM"

Il presente allegato è composto di n. 5 fogli,
di n. 5 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

U. O. _RADIOLOGIA P.O. R. BINAGHI

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.ssa M. Antonietta Barracciu_____

Responsabile/Direttore della Struttura _____Radiologia P.O. R .

Binaghi_____,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

_____CORSO TEORICO PRATICO QUALITA' E SICUREZZA IN

RM___

di prossima programmazione,

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

La Dott.ssa _____DEIANA EFISIA

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, 02 05 2016

Firma e timbro

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
U.O. DI RADIOLOGIA
Dr.ssa M. Antonietta Barracciu
Matr. n. 52747

ASL8
NP.2016/12385 del 09/05/2016 ore 12:03
Mitt.: P.O. Binaghi
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016

2

ASLCagliari

U. O. _RADIOLOGIA P.O. R. BINAGHI

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.ssa M. Antonietta Barracciu_____

Responsabile/Direttore della Struttura _____Radiologia P.O. R .

Binaghi_____,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

_____CORSO TEORICO PRATICO QUALITA' E SICUREZZA IN

RM___

di prossima programmazione,

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

La Dott.ssa _____LOI MARIANNA

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.**

ASL n. 8 - P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
U.O. DI RADIOLOGIA
Dr.ssa M. Antonietta Barracciu
Matr. n. 52747

Data, 02 05 2016

Firma e timbro

ASL8
NP.2016/12386 del 09/05/2016 ore 12:04
Mitt.: P.O. Binaghi

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

3

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 _____LOI MARIANNA _____ nominato in qualità

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

CORSO TEORICO PRATICO QUALITA' E SICUREZZA IN RM___

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, 02 05 2016

Firma

ASL8
Prot. 2016/47579 del 09/05/2016 ore 12.07
Mitt.: LOI MARIANNA
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

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 _____DEIANA EFISIA_____ nominato in qualità di

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

CORSO TEORICO PRATICO QUALITA' E SICUREZZA IN RM___

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, 02 05 2016

Firma

Efisia Deiana

ASL8
Prot. 2016/47581 del 09/05/2016 ore 12,08
Mitt.: DEIANA EFISIA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 109 del 2016