

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Vascolare e Demenze: Demenza vascolare o Vascolare nelle Demenze?"**.

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

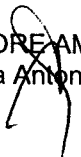
Dott. Ireneo Picciau



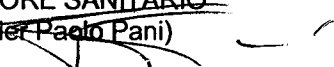
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1226 DEL 20 SET. 2016

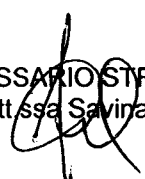
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)

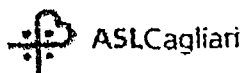


IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)





Presidio Ospedaliero
Santissima Trinità

Neurologia Riabilitativa
Responsabile: Dott. Antonio Milla

ASL8

NP/2016/ 0022202 del 05/09/2016 ore 15,43

Mittente OSPEDALE SS. TRINITA'

Assegnatario DIREZIONE SANITARIA

Classifica 2.1.

Alla cortese attenzione

Sig. Direttore Sanitario

ASL Cagliari

SEDE

Prot. 207/16



Cagliari, 2 Settembre 2016

Oggetto: richiesta patrocinio e contributo spese accreditamento ECM III Corso Aggiornamento Regionale SIN dem denominato "Demenze Vascolari"

Per il giorno 5 novembre pv è in programma a Cagliari il III Corso di Aggiornamento professionale organizzato dalla sezione sarda della SINDem (Associazione delle Demenze aderente alla Società Italiana di Neurologia), di cui lo scrivente, Antonio Milla, sostituto del Direttore di questa UOC, è Presidente. Il corso è riservato a medici specialisti in Neurologia, Geriatri e Psichiatria, la gran parte dei quali operante presso strutture pubbliche.

In aderenza a quanto sottolineato nel nuovo Piano Sanitario Nazionale per le Demenze, il razionale di tali Corso risiede nell'esigenza di sensibilizzare i vari operatori sulle complesse problematiche poste da una patologia grave e ad elevatissimo costo sociale, anche in ragione dei valori, purtroppo, esponenzialmente crescenti di incidenza e prevalenza. L'interesse e la qualità dell'evento è dimostrata dal grande successo ottenuto dai due precedenti, analoghi convegni organizzati da questa stessa Società Scientifica: nel 2014 a Cagliari (con il patrocinio della ASL Cagliari) e nel 2016 a Ulassai (con il patrocinio della ASL di Lanusei)

Data l'importanza dell'evento, organizzato da questa UOC, sarebbe grandemente auspicabile che allo stesso venisse riconosciuto l'accreditamento ECM per 80 specialisti. Pertanto con la presente lo scrivente chiede cortesemente alla SV che codesta Direzione voglia autorizzare e accordare il proprio autorevole patrocinio all'evento, unicamente per quanto attiene le spese per l'accreditamento, quantificabili in € 172,15, senza ulteriori costi aggiuntivi. Si fa presente, in proposito, che analogo patrocinio è stato già concesso da questa ASL in occasione del I Corso di Aggiornamento Regionale SINDem che si è tenuto a Cagliari nel 2014.

Confidando in un positivo riscontro, porgo i miei più distinti saluti

Dott. Antonio Milla

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

favorevole
06-09-16

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
Via Is Mirrionis, 92 09121 Selargius
Tel 070/6096143 Fax 070/6096148
www.asl8cagliari.it

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA

Neurologia Riabilitativa
Via Is Mirrionis, 92 09121 Cagliari
Tel 070/6096143 Fax 070/6096148
Responsabile: Dr. Antonio Milla

07 SET. 2016

- 5 SET. 2016

SEGNA COME VISTO

ARRIVATA

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *VASCOLARE E DEMENZE: Demenza vascolare o Vascolare nelle Demenze?* "

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

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

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

È previsto l'uso della sola lingua italiana? **NO**

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		Data inizio	Data fine
1 ^a Edizione	<u>05/ 11 /2016</u>	<u>05/11/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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 Convegni Fondazione di Sardegna- Cagliari

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari-via Salvatore da Horta 2- 09100

ASL8
NP.2016/22706 del 12/09/2016 ore 09,48
Mitt.: OSPEDALE SS.TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 80 Totale Partecipanti 80

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:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input checked="" type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input checked="" type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input checked="" type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

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 riabilitazione

Obiettivo formativo

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

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Diagnosi differenziale delle diverse tipologie di demenza vascolare

B - Acquisizione competenze di processo:

Standardizzazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo

C - Acquisizione competenze di sistema:

Interazione/integrazione Rete Ospedaliera/Rete Territoriale nel percorso clinico e riabilitativo del paziente affetto dalle diverse tipologie di demenza vascolare

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

Attuazione di PDTA ; unificazione della presa in carico clinica e riabilitativa a livello regionale

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 Milia Nome Antonio

Codice Fiscale MLINTN55H05B745P Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 05/06/1955

Telefono 0706096143 Cellulare 3341958986 Fax 0706096195 e-mail antoniomilia@asl8cagliari.it

Qualifica Neurologo- Psichiatra Competenze DirettoreFF SC Neuroriabilitazione P.O. SS Trinità

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Firinu Nome Stefano

Codice Fiscale FRNSFN70B354M Telefono 0706096143 Cellulare 3805321655 Fax 0706096195 e-mail stefanofirinu@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: 8.00 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>1.00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>4.00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1.00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>2.00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

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) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Pantoni Nome Leonardo ✓ CVCodice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita 15/10/1964Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail leonardo.pantoni@unifi.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 fuori orario di servizioCognome Milia Nome Antonio ✓Codice Fiscale MLINTN55H05B745P Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 05/06/1955Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono 0706096143 Cellulare 3341958986 Fax 0706096195 e-mail antoniomilia@asl8cagliari.it QualificaDirettore FF SC Neuroriabilitazione PO SS TRINITA' CAGLIARI.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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 EsternoCognome Mieli Nome Giuseppe ✓Codice Fiscale MCLGPP53R18B287T Luogo di nascita Buscemi(SR) Data di nascita 13/10/1953Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM Neurologia

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

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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. 4Ruolo Docente EsternoCognome Moller Nome Jessica ✓Codice Fiscale MLLJSC75R60B354L Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 20/10/1975Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3486453962 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail jessicamoller@tiscali.it Qualifica Dirigente Medico Neurologia

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 EsternoCognome Zanda Nome Bastianina ✓Codice Fiscale ZNDBTN72E55I452O Luogo di nascita Sassari Data di nascita 15/05/1972Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Dirigente Medico Neurologia

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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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 servizioCognome Mascia Nome Maria Giuseppina ✓Codice Fiscale MSCMGS70E41F979O Luogo di nascita Nuoro Data di nascita 01/05/1970Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono 0706096143 Cellulare 3404912440 Fax 0706096195 e-mail mariagiuseppinamascia@asl8cagliari.itQualifica Dirigente Medico NeurologiaInquadramento 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 € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali 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. 7Ruolo Docente EsternoCognome Cherchi Nome Rossella ✓Codice Fiscale CHRRSL66M49I452V Luogo di nascita Sassari Data di nascita 09/08/1966Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM NeurologiaTelefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 335 6263444 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail rossellacherchi@tin.it Qualifica Neurologo libero professionista

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


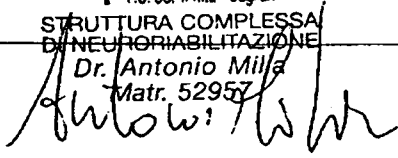
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 172,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> 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

<p align="center">Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">DR. ANTONIO MILIA.</p>
<p align="center">Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">  ASL Cagliari P.O. SS. Trinità - Cagliari STRUTTURA COMPLESSA DI NEURORIABILITAZIONE Dr. Antonio Milia Matr. 52957  </p>

d