

Allegato "D" 1050
10 OTT. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale

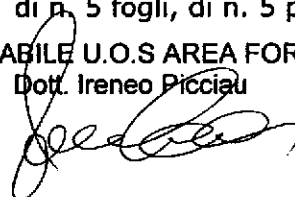
"L'APPROPRIATEZZA IN SANITA' E GLI STRUMENTI PER MISURARLA"

Il presente allegato è composto

di n. 5 fogli, di n. 5 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S AREA FORMAZIONE

Dot. Ireneo Picciau



Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto MARISA PUTZU Responsabile/Direttore della Struttura

DISTRETTO 3 QUARTU/PARTEOLLA

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'APPROPRIETÀ IN SANITÀ E GLI STRUMENTI PER MISURARLA

di prossima programmazione, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

MARCELLO CELLINI

di cui ho acquisito e valutato apposito curriculum professionale,

dichiaro

che in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento.

Data,

Firma e timbro

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Responsabile Scientifico, di docente
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 CELLINI MARCELLO nominato in qualità di Responsabile

Scientifico e docente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'appropriatezza in sanità e gli strumenti per misurarla

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,

02/08/2016

Firma



*SI DICHIARA PERANTRO DI ACCETTARE IL PREVENTIVO
ACCORDATO PARI A COMPLESSIVI EURO 1.689 COME
EVIDENZIATO NELLA LETTERA DI INCARICO.*

02/08/2016 

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 MARISA PUTZU Responsabile/Direttore della Struttura

DISTRETTO 3

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"L'appropriatezza in sanità e gli strumenti per misurarla"

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

ANITA FRAU

4

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, 20/03/16

Firma e timbro responsabile f.f.
NOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Pr.ssa Marisa Putzu)
H. Putzu

ASL8
NP 2016/24457 del 04/10/2016 ore 09.21
Mitt.: DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 167 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 ANITA FRAU nominato in qualità di

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

"L'approfondimento in sanità e gli strumenti
per misurarla"

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.

[Handwritten mark]

Data, 20/03/16

Firma
[Handwritten signature]

ASL8
Prot. 2016/103490 del 04/10/2016 ore 09,24
Mitt.: FRAU ANITA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016

