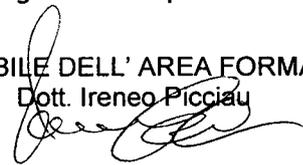


Allegato "D"

Preso d'atto Evento Formativo Residenziale: **"Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti".**

Il presente allegato è composto da n° ¹⁰ fogli di
n° ¹⁰ pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1367 DEL - 4 NOV. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



**Indicazione di scelta del docente
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 Grazia Serra Responsabile della Struttura SSD Salute e Ambiente,
committente del Corso dal titolo: **" Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di
Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti"**

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

i Drr. Osvaldo Matza, pierpaolo Nurchis, Salvatore Cosimo Usai

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 03/10/2016

Firma e timbro
Responsabile
SSD Salute e Ambiente
Dott.ssa Grazia Serra



**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 _____Grazia Serra, Responsabile della Struttura SSd Salute e Ambiente , committente del Corso dal titolo:

Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti

di prossima programmazione,

1) indico quali docenti dell'attività formativa in questione

i Drr. ____

Marinella Natali, Adele Ballarini

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,

Firma e timbro

Il Responsabile

SSD Salute e Ambiente

Dott.ssa Grazia Serra



3



Indicazione di scelta del tutor 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 Grazia Serra Responsabile della Struttura SSD Salute e Ambiente, committente del Corso dal titolo: "**Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti**" **CAGLIARI, 13-14 OTTOBRE** di prossima programmazione,

1) indico quale Tutor dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr. Locci Stefano

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale 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.

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, 6/x/2016

Firma e timbro

Il Responsabile
SSD Salute e Ambiente
Dott.ssa Grazia Serra

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)

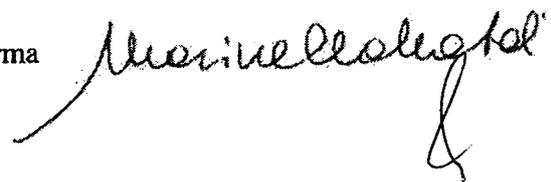
Io sottoscritto MARINELLA CAVALI, codice fiscale NTLHMNLS55L66A944H, luogo di nascita BOLOGNA
data di nascita 26/07/1955 telefono / cellulare 367.27.19020,
fax /, e-mail marinella_hotel@gmail.com
nominato in qualità di docente per l'Evento dal titolo:

Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario
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, 5/10/2016

Firma



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 BALLARINI ADELE codice fiscale BLLDLA80S67G337F luogo di nascita data di nascita Parma, 27/11/1980 cellulare 329 6858479 e-mail aballarini@regione.emilia-romagna.it

nominato in qualità di docente per l'Evento dal titolo:

"Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti"

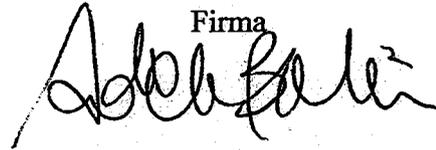
dichiaro

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.

La prestazione avverrà tramite videoconferenza

Data, 06/10/2016

Firma



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 Osvaldo Matza nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Corso di
*formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e
proponenti* di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, a titolo gratuito, 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, 5-10-16

Firma



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)

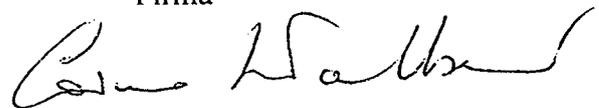
Io sottoscritto Cosimo Salvatore Usai nominato in qualità di Docente per l'Evento
Formativo dal titolo: "**Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto
Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti**"
di cui al punto 8.2.3.3 del PRP 2014-2018

di prossima programmazione
dichiaro

di accettare l'incarico in questione, a titolo gratuito, 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, 06/10/2016

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

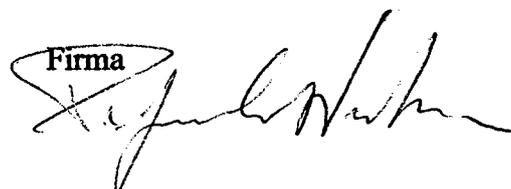
(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Pierpaolo Nurchis, nominato in qualità di Docente/Codocente per
l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "*Corso di formazione a cascata sulla
Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti* di prossima
programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, a titolo gratuito, 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, 5/10/16

Firma 

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Tutor
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 **Stefano Locci** nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso Formativo / Seminario dal titolo: "**Corso di formazione a cascata sulla Valutazione di Impatto Sanitario: Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti**" 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.

Cagliari, 06/19/2016

Firma

