

1248
30 NOV. 2016

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "LA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE NELLE AZIENDE SANITARIE: IL DISTRETTO, DISTRIBUZIONI DI COMPITI E RESPONSABILITA' IN BASE ALLE FIGURE PROFESSIONALI/QUALIFICHE DI APPARTENEZZA".

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

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**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 Luisa Casu Direttore del Distretto Sociosanitario 2 Area Ovest, committente del Corso di formazione dal titolo: *"La responsabilità del dipendente pubblico nelle aziende sanitarie"*, di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

L'Avv. Fabio Basile, 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.

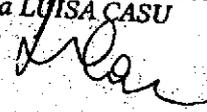
- 2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data, 14/10/2016

Firma e timbro



**ASL CAGLIARI
DISTRETTO SOCIO SANITARIO 2
AREA OVEST
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
Dr.ssa LUISA CASU**



2

**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 LUISACASU Direttore DEL Distretto 2 Area Ovest , committente del Corso di formazione dal titolo: *“La responsabilità del dipendente pubblico nelle aziende sanitarie”* di prossima programmazione,

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

l'avv. Andrea Loi

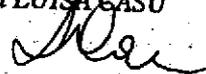
di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in 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, 14/10/2016

Firma e timbro

ASL CAGLIARI
DISTRETTO SOCIOSANITARIO 2
AREA OVEST
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
Dr.ssa LUISA CASU



3

Dichiarazione

Accettazione incarico 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 Fabio Basile nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo titolo:

“La responsabilità del dipendente pubblico nelle aziende sanitarie”

di prossima programmazione

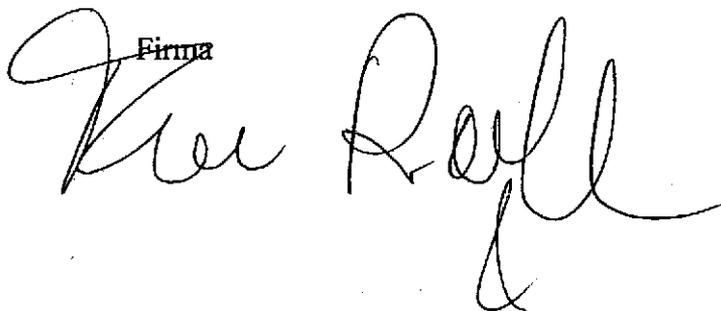
dichiaro

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,

13/10/2016

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico 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 Andrea Loi nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo titolo:

"La responsabilità del dipendente pubblico nelle aziende sanitarie"

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, 13.10.2016

Firma

