

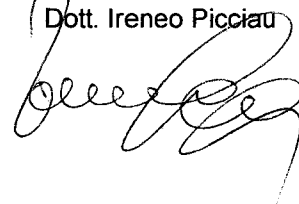
Allegato "D"

1268
6 DIC. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"L'esperienza della ASL di Cagliari nella
gestione dei problemi di salute della
popolazione immigrata"**.

Il presente allegato è composto da n° 15 fogli
di n° 15 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
(Dott. Ireneo Picciau)



4

**Auto indicazione di scelta come 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 Silvana Tilocca Responsabile/Direttore della Struttura Promozione della Salute,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'esperienza delle ASL di Cagliari nella gestione di problemi di salute delle popolazioni immigrate
di prossima programmazione,

1) **indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

2) **Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.**

Data,

Firma e timbro
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dot. Silvana Tilocca

2

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura

PROMOZIONE DELLA SALUTE

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELL'ASL DI CAGLIARI NELLA GESTIONE
DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

PIRASTU PAOLA

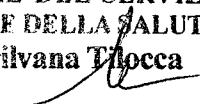
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili 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,

Firma e timbro

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca**



3

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura

PROMOZIONE DELLA SALUTE

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELLA ASL DI CAGLIARI NELLA GESTIONE
DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

CONGIU LUCIANA

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,

Firma e timbro

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca**

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura

PROMOZIONE DELLA SALUTE

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELLA ASL DI CAGLIARI NELLA
GESTIONE DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

DE STEFANO FRANCESCO

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,

Firma e timbro

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca**



5

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura

PROMOZIONE DELLA SALUTE

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELLA ASL MAGLIARI NELLA GESTIONE
DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

DELFINO FLORA DONATELLA

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,

Firma e timbro
**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"**
Dott.ssa Silvana Tilocca

 6

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura
PROMOZIONE DELLA SALUTE _____ 1 _____

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELLA ASL DI CAGLIARI NELLA GESTIONE
DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

LIXIA GIUSEPPE _____

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,

Firma e timbro
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca

3

**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura

PROMOZIONE DELLA SALUTE

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'ESPERIENZA DELLA ASL DI CAGLIARI NELLA GESTIONE
DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

TROGU EMANUELA

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,

Firma e timbro

**IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca**



8

26

**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 Silvana Tilocca Responsabile/Direttore della Struttura
Promozione della Salute

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'esperienza delle ASL 8 di Cagliari nella gestione
dei problemi di salute delle popolazione immigrate
di prossima programmazione,

1) **indico quale Tutor dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr.

Alessandra Bertocci

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 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 DIRETTORE DEL SERVIZIO
"PROMOZIONE DELLA SALUTE"
Dott.ssa Silvana Tilocca

Silvana Tilocca

6

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 Paola Pirastu nominato in qualità di

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

L'esperienza delle ASL di Cagliari nella gestione
dei problemi di salute delle popolazione immunizzate

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, 25/10/16

Firma



10

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 Flora Deffino nominato in qualità di

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

L'esperienza delle ASL di Cagliari nella gestione
di problemi di salute delle popolazioni immigrate
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,

Firma



6

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 Francesco De Stefano nominato in qualità di

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

L'esperienza delle ASL di Cagliari nella gestione
dei problemi di salute delle popolazioni immigrate

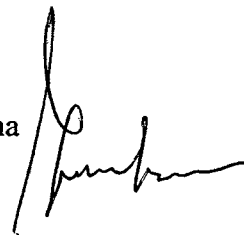
di prossima programmazione

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,

Firma



4

12

6

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 Emanuele Trogu nominato in qualità di

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

L'esperienza delle ASL di Cagliari nelle gestione dei problemi

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, 26/10/2016

Firma

Emanuele Trogu

13

6

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 Lixia Giuseppe nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'esperienza delle ASL di Cagliari nella gestione di
problemi di salute delle popolazione in un'area
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,

27/10/2016

Firma





14

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 Alexandre Bertocci nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'esperienza delle ASL 8 di Cagliari nella gestione
dei problemi di salute delle popolazioni immigrate
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,

28.10.2016

Firma

Alexandre Bertocci