

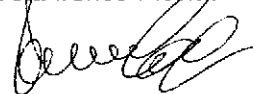
Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Residenziale: "La Riabilitazione Respiratoria: la gestione della cannula tracheale"

Il presente allegato è composto da n° 2 fogli
di n° 2 pagine

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

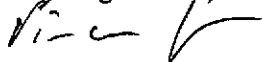
Dott. Ireneo Picciau



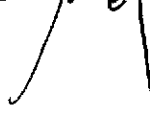
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1015 DEL 22 LUG. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)



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 **Sergio Marracini** Responsabile/Direttore della Struttura Distretto 4 Sarrabus/Gerrei _____

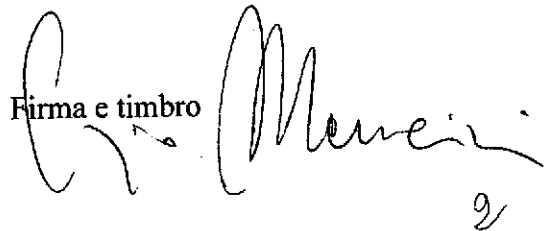
_____, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "La riabilitazione respiratoria: la gestione della cannula tracheale"

di prossima programmazione,

- 1) **indico quale docente dell'attività formativa in questione:** il Sig./Dr. **Agostino Coni** (Pneumologo P.O. Ss.ma Trinità), Dr. **Alessandro Rotigni** (Anestesista P.O. S. Marcellino), dr.ssa **Simonetta Di Stefano** (Coll. Fisioterapista della Riab. AOU Brotzu) dr.ssa **Barbara Piu** (Logopedista libero professionista) Dr. **Luciano Podda** (Coord. Inferm. Area Nursing P.O. S. Marcellino) di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (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**.

D _____
ASL8
NP/2014/ 0027358 del 16/07/2014 ore 11,23
Mittente DISTRETTO 4 - Sarrabus-Gerrei
Assegnatario Area Formazione

Firma e timbro



Classifica : 1 Fascicolo . 187 del 2014



via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1