

Allegato "D"

Approvazione Evento Formativo Residenziale: "Il Parent Training nell'ADHD"

Il presente allegato è composto da n° 5 fogli
di n° 5 pagine

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

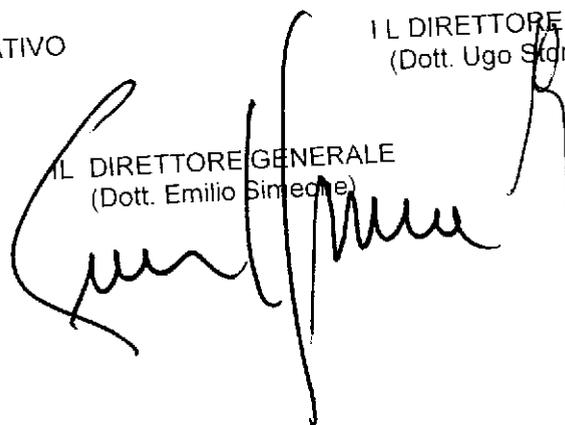
N. 1616 DEL 10 NOV. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Starelli)

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: "IL PARENT TRAINING"

di prossima programmazione,

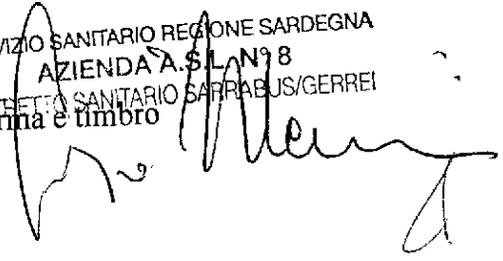
1) **indico quale docente dell'attività formativa in questione**

la dr.ssa Tiziana Serra, 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**.

Data, 18/09/2014

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA A.S.L. N° 8
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI
Firma e timbro



ASL8

PG/2014/ 0113697 del 30/09/2014 ore 13,03

Mittente MARRACINI SERGIO

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 200 del 2014



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
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

2

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)

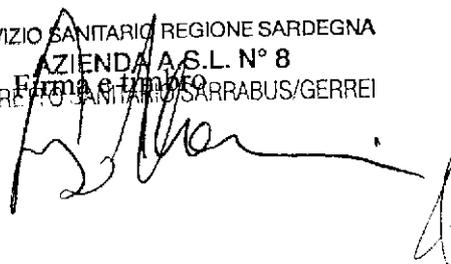
Io sottoscritto Sergio Marracini Responsabile/Direttore della Struttura Distretto 4 Sarrabus/Gerrei, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL PARENT TRAINING"

di prossima programmazione,

- 1) **indico quale sostituto del docente dell'attività formativa in questione:** la dr.ssa Paola Atzori, 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.**

Data, 18/09/2014

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA A.S.L. N° 8
Firma e timbro
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI



ASL8

PG/2014/ 0113701 del 30/09/2014 ore 13,04

Mittente: MARRACINI SERGIO

Assagnatario: Area Formazione

Classifica: 1, Fascicolo: 200 del 2014



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
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

3



**Dichiarazione di accettazione dell'incarico e
assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconfiribilità**

Ai sensi dell'art 47 e dell'art.76 DPR 445/2000. e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci
Io sottoscritta TIZIANA SERRA nato a IGLESIAS il 17.02.1976 individuato da codesta ASL 8 quale Docente del

Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo. INTERVENTO DI PARENT TRAINING NELL'ADHD

di prossima programmazione nel corso dell'anno 2014

dichiaro

di accettare l'incarico di docenza nell'ambito del progetto formativo in oggetto e ai patti e condizioni precisate dalla ASL 8 di Cagliari nella nota prot n. _____ del _____

di avere ricevuto, tramite e-mail, il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato dalla ASL Cagliari con Deliberazione n.70 del 24.01.2014 (d'ora in poi anche "Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari") integrativo e specificativo delle norme, in esso integralmente riportate, del D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n 165" (d'ora in poi chiamato anche "Codice Generale"), pertanto dichiaro di ben conoscere le disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 e mi impegno ad osservarle ed a farle osservare ai miei dipendenti, collaboratori, consulenti, subappaltatori e altri soggetti comunque coinvolti nell'esecuzione della prestazione oggetto del presente contratto.

di accettare che il contratto di incarico di docenza si intende automaticamente risolto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., in caso di mancato rispetto degli obblighi di cui alle disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013"

che, anche ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione dell'incarico di docenza, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconfiribilità all'assunzione dell'incarico previste da

- n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- d. lgs n 33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della pubbliche amministrazioni);
- d. lgs n 39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconfiribilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR n.62 del 16.04.2013
- D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod ed int

che, essendo dipendente di una Pubblica amministrazione, sono stato autorizzato dalla stessa ad svolgere l'incarico con la nota prot _____ dal _____ che allego alla presente (dichiarazione da completare per i soli dipendenti pubblici)

Data, 10.09.2014

Firma:

Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usi n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge e dei regolamenti della ASL 8.

Cagliari, 10.09.2014

Il Dichiarante

4

Dichiarazione di accettazione dell'incarico e di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconferibilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci

Io sottoscritto Paola Atzori, nato a Sassari, il 26/01/76, individuato da codesta ASL 8 quale Docente del Corso/

dal titolo parent training nell'ADHD

di prossima programmazione nel corso dell'anno 2014

dichiaro

di accettare l'incarico di docenza nell'ambito del progetto formativo in oggetto e ai patti e condizioni precisate dalla ASL 8 di Cagliari nella nota prot. n. _____ del _____

di avere ricevuto, tramite e-mail, il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato dalla ASL Cagliari con Deliberazione n.70 del 24.01.2014 (d'ora in poi anche "Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari") integrativo e specificativo delle norme, in esso integralmente riportate, del D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165" (d'ora in poi chiamato anche "Codice Generale"), pertanto dichiaro di ben conoscere le disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 e mi impegno ad osservarle ed a farle osservare ai miei dipendenti, collaboratori, consulenti, subappaltatori e altri soggetti comunque coinvolti nell'esecuzione della prestazione oggetto del presente contratto.

di accettare che il contratto di incarico di docenza si intende automaticamente risolto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., in caso di mancato rispetto degli obblighi di cui alle disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013"

che, anche ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione dell'incarico di docenza, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconferibilità all'assunzione dell'incarico previste da:

- n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- d. lgs n.33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
- d. lgs n.39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconferibilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR n.62 del 16.04.2013
- D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod. ed int..

che, essendo dipendente di una Pubblica amministrazione, sono stato autorizzato dalla stessa ad svolgere l'incarico con la nota prot. _____ del _____ che allego alla presente (dichiarazione da completare per i soli dipendenti pubblici).

Data,

Firma



Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usi n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge e dei regolamenti della ASL 8.

Il Dichiarante



ASL8

PG/2014/ 0113701 del 30/09/2014 ore 13,04

Mittente MARRACINI SERGIO

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 200 del 2014

