ASLCagliari

Allegato "A"

Approvazione Corso formativo residenziale "CASA DELLA SALUTE: le procedure amministrative come supporto alle attività sanitarie" – Distretto Quartu/Parteolla.

Il presente allegato è composto da n° 12 fogli di n° 12 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 2244 DEL 30 DIC. 2013

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)

ASL8
NP/2013/ 0048389 del 17/12/2013
Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla
Assegnatario DIREZIONE SANITARIA
Classifica . 1 5 7 Fascicolo . 1 del 2013

Al Direttore Sanitario
Dott. U. Storelli

Oggetto: Richiesta Attivazione Corso formativo residenziale "CASA DELLA SALUTE: le procedure amministrative come supporto alle attività sanitarie"

In relazione alla nota Inviata all'area Formazione con protocollo NP/2013/0047175 si chiede a questa direzione il parere per la richiesta di attivazione del corso in oggetto, corredata dalla scheda progetto, dalla verifica del budget attestata dall'Area Formazione.

Si richiede l'impegno di spesa dei fondi della formazione specifica relativi al 2013, che allo stato attuale corrispondono ad un totale di 15.022,64 €.

Il Referente per la Formazione Distretto 3
Dott.ssa Anita Frau

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Storelli)

ASL Cagliari
Sede legale e Amm.va: Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Direzione Distretto
Quartu Parteolla
via Turati 4/c1 09045 QUARTU S.E.

ASLCagliari

Distretto
Quartu - Parteolla

Tiziana
11/12/13

ASL8
NP/2013/ 0047175 del 09/12/2013 ore 12,26
Mittente DISTRETTO 3 - Quartu-Parteolla
Assegnatario Area Formazione
Classifica 1 5 7

Al Rresponsabile Area
Formazione
Dott. I. Picciau

Oggetto: Richiesta Attivazione Corso formativo residenziale "Casa della Salute: le procedure amministrative come supporto all'attività sanitaria"

A seguito della riunione avvenuta in data 06/12/13 s'invia la richiesta di attivazione del corso in oggetto, corredata dalla scheda attivazione, del programma ed elenco dei partecipanti.

Si richiede l'impegno di spesa dei fondi della formazione specifica relativi al 2013, che allo stato attuale corrispondono ad un totale di 15.022,64 €.

Il Direttore del Distretto Quartu-Parteolla
Luigi Minerba

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
11 DIC. 2013
SEGNA COME VISTO

3

Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

1. Cosa?

1.1 Titolo del progetto formativo residenziale

Casa Della Salute: le procedure amministrative come supporto alle attività sanitarie

1.2 Accreditamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? ☐ Sì | X☐ No
Se sì, potranno essere riconosciuti dal comitato tecnico regionale ECM un massimo di 50 crediti.

1.3 Tipologia

Barra una sola casella:

- ☐ *Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)*
- X☐ *Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)*
- ☐ *Conferenza (minimo 4 ore)*
- ☐ *Corso (minimo 4 ore)*
- ☐ *Retraining*

1.4 Area tematica

Barra una sola casella:

- ☐ *Area comunicazione e relazione*
- ☐ *Area cure primarie e della continuità assistenziale*
- ☐ *Area salute mentale*
- ☐ *Area materno infantile*
- ☐ *Area delle dipendenze*
- ☐ *Area riabilitazione*
- ☐ *Area oncologica*
- ☐ *Area diagnostica*
- ☐ *Area farmaceutica*
- ☐ *Area giuridico-organizzativa*
- ☐ *Area qualità e risk management*
- ☐ *Area tecnica, economico-finanziaria*
- X☐ *Area metodologica*
- ☐ *Area etica e deontologica*
- ☐ *Area specialità chirurgiche*
- ☐ *Area specialità mediche*

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

☐ *Area prevenzione*
☐ *Area informatica*
☐ *Area emergenza ed urgenza*
☐ *Area igiene alimenti e nutrizione*
☐ *Area igiene e sanità pubblica*
☐ *Area sicurezza luoghi di lavoro*
☐ *Area salute immigrati*
☐ *Area gestionale organizzativa*
☐ *Area cardiovascolare*
☐ *Area medicina veterinaria*

2. Perché?

2.2 Pertinenza

Il modello organizzativo per processi appare particolarmente idoneo a favorire la comunicazione e l'integrazione tra le differenti figure professionali ed istituzionali necessarie per fornire al minor costo e nel minor tempo possibili i servizi svolti da una pubblica amministrazione.
Avviandosi verso una organizzazione per processi si attua un graduale trasferimento delle responsabilità "verso il basso", riconducendole a chi realmente esegue le diverse attività e ne ha, di conseguenza, la "responsabilità tecnica" ed individuando nel contempo una figura di responsabile di processo (process owner), il quale si fa carico del coordinamento e della pianificazione delle singole attività, nonché della gestione dei rapporti con gli altri processi, superando le tradizionali barriere divisionali .

3. Come?

3.1 Finalità e metodologia didattica

Per i progetti ECM indicare le metodologie didattiche utilizzate e il tempo di formazione utilizzato per ciascuna di esse in una singola edizione:

☐ ***A - Acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti***
- ☐ *CD - Confronto/dibattito fra discenti ed esperto/docente/relatore: _____minuti*
- ☐ *DF - Discussione di filmati: _____minuti*
- ☐ *LG - Lavori di gruppo: _____minuti*
- X☐ *LRP - Lezioni e relazioni su tema preordinato: __720____minuti*
- ☐ *TD - Tavole rotonde: _____minuti*
- ☐ *VF - Verifica apprendimento: _____minuti*

☐ ***B -Acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche***
- ☐ *DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti: _____minuti*
- ☐ *ED - Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche: _____minuti*

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

- ☐ *DF - Discussione di filmati: _____minuti*
- ☐ *RP - Role playing: _____minuti*
- ☐ *VF - Verifica apprendimento: _____minuti*

☐ ***C -Migliorare le capacità relazionali e comunicative***

- ☐ *DF - Discussione di filmati: _____minuti*
- ☐ *LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale: ____minuti*
- ☐ *LG - Lavori di gruppo: _____minuti*
- ☐ *RP - Role playing: _____minuti*
- ☐ *VF - Verifica apprendimento _____minuti*

☐ ***D -Acquisire competenze di analisi e risoluzione di problemi***

- ☐ *DT - Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti: _____minuti*
- ☐ *LPG - Lavori a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produz. di rapporto finale: ____minuti*
- ☐ *DA - Discutere con l'esperto: _____minuti*
- ☐ *VDA - Incontri di verifica a distanza dell'apprendimento: _____minuti*
- ☐ *CC - Presentazione e discussione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria: _____minuti*
- ☐ *IPE - Istruzione e presentazione e discussione di un elaborato (project work): _____minuti*
- ☐ *RP - Role playing: _____minuti*
- ☐ *VF - Verifica apprendimento: _____minuti*

3.2 Programma

Si allega il programma del corso? ☐ *X Si* | ☐ *No*
Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale ECM.
Utilizzare esclusivamente il modello allegato, indicando i tempi coerentemente con quanto riportato al punto precedente (metodologia didattica).

3.3 Durata

Durata complessiva di una singola edizione: *12 h*
La durata complessiva di una singola edizione deve corrispondere alla somma dei tempi precedentemente indicati (Finalità e metodologie didattiche, punto 3.1).
Nella durata della singola edizione non devono pertanto essere conteggiati eventuali coffee break, pausa pranzo, saluti iniziali/finali e la registrazione degli utenti.

3.4 Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- ☐ *Questionario (allegare il modello)*
- ☐ *Esame orale (allegare le domande)*
- ☐ *Prova pratica (allegare la descrizione)*
- ☐ *Project work (allegare la descrizione)*
- ☐ *Elaborati (allegare il modello)*

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

4. Quando?

4.1 Edizioni e date

Il progetto formativo aziendale si svolge in più edizioni? ☐ Sì | ☐ No
Se sì, indicare le date di inizio e fine, se no, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Edizione numero	*Data di inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data di fine (gg/mm/aaaa)*
1	09/01/2014	05/02/2014

5. Dove?

5.1 Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? ☐ Sì | ☐ No
Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.
Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura Direzione Distretto 3
Via Turati *Num.* 4c
Comune/Prov. Quartu s.e. *CAP* 09045

5.2 Attrezzatura

Si richiede: ☐ *Videoproiettore* | ☐ *Computer portatile* | ☐ *Lavagna a fogli mobili* | ☐ *Aula informatica*

6. Quanto?

6.1 Voci di spesa

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa riferendosi al costo di tutte le edizioni previste. Per la corretta compilazione, vedi l'allegato "Massimali e retribuzione docenti".

Docenza: *€ 800*
Pernottamento: *€ 320*
Pasti: *€ 100*
Mobilità *€ 500*
Altro (specificare) *€*

6.2 Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

☐ *Formazione strategica:* €
☐ *Formazione di sistema:* €
X☐ *Formazione specifica:* € 1720
☐ *Sponsor non commerciali:* €
☐ *Sponsor commerciali:* €
☐ *Quote di iscrizione:* €

Se formazione specifica, indicare la ripartizione della spesa per area contrattuale:

Area contrattuale	*Comparto*	*Dir. Med e Vet.*	*Dir. STPA*
Spesa	€ 1720	€	€

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐ Sì | X☐ No

7. Chi?

7.1 Partecipanti

Numero massimo dei partecipanti: 20

Professione
Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni e il numero dei rispettivi partecipanti:

☐ ***Professioni ECM (sanitarie):***

- ☐ *Assistente sanitario:* _____
- ☐ *Biologo:* _____
- ☐ *Chimico:* _____
- ☐ *Dietista:* _____
- ☐ *Educatore professionale:* _____
- ☐ *Farmacista:* _____
- ☐ *Fisico:* _____
- ☐ *Fisioterapista:* _____
- ☐ *Igienista dentale:* _____
- ☐ *Infermiere:* _____
- ☐ *Infermiere pediatrico:* _____
- ☐ *Logopedista:* _____
- ☐ *Medico:* _____
- ☐ *Odontoiatra:* _____
- ☐ *Odontotecnico:* _____
- ☐ *Ortottista/assistente di oftalmologia:* _____
- ☐ *Ostetrica/o:* _____
- ☐ *Ottico:* _____

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

- ☐ *Podologo:* _____
- ☐ *Psicologo:* _____
- ☐ *Tecnico audiometrista:* _____
- ☐ *Tecnico audio-protesista:* _____
- ☐ *Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro:* _____
- ☐ *Tecnico della riabilitazione psichiatrica:* _____
- ☐ *Tecnico di neuro-fisiopatologia:* _____
- ☐ *Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria:* _____
- ☐ *Tecnico ortopedico:* _____
- ☐ *Tecnico sanitario di radiologia medica:* _____
- ☐ *Tecnico sanitario laboratorio biomedico:* _____
- ☐ *Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva:* _____
- ☐ *Terapista occupazionale:* _____
- ☐ *Veterinario:* _____
- ☐ *Tutte le professioni ECM:* _____

☐ ***Professioni non ECM (sanitarie-tecnico-amministrative):***

- ☐ *Analista:* _____
- ☐ *Architetto:* _____
- X☐ *Assistente amministrativo:* _____
- ☐ *Assistente religioso:* _____
- ☐ *Assistente tecnico:* _____
- ☐ *Ausiliario specializzato:* _____
- ☐ *Avvocato:* _____
- X☐ *Coadiutore amministrativo:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale della riabilitazione:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale sanitario - personale tecnico esperto:* _____
- ☐ *Collaboratore professionale assistente sociale:* _____
- ☐ *Collaboratore tecnico - professionale:* _____
- X☐ *Collaboratore amministrativo professionale:* _____
- ☐ *Commesso:* _____
- ☐ *Direttore amministrativo:* _____
- ☐ *Direttore dei servizi sociali:* _____
- ☐ *Direttore generale:* _____
- ☐ *Dirigente amministrativo:* _____
- ☐ *Geologo:* _____
- ☐ *Infermiere generico:* _____
- ☐ *Infermiere psichiatrico:* _____

☐ *Ingegnere:* _____
☐ *Masso-fisioterapista:* _____
☐ *Operatore socio-sanitario:* _____
☐ *Operatore tecnico:* _____
☐ *Operatore tecnico addetto assistenza (OTA) :* _____
☐ *Operatore tecnico specializzato:* _____
☐ *Personale della riabilitazione massaggiatore non vedente:* _____
☐ *Profilo atipico ruolo amministrativo:* _____
☐ *Profilo atipico ruolo professionale:* _____
☐ *Profilo atipico ruolo sanitario:* _____
☐ *Profilo atipico ruolo tecnico:* _____
☐ *Programmatore:* _____
☐ *Puericultrice:* _____
☐ *Sociologo:* _____
☐ *Statistico:* _____
☐ *Tutte le professioni non ECM:* _____

Nominativi

Si allegano i nominativi? X ☐ *Sì* | ☐ *No*
L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

7.2 Responsabile scientifico e docenti

Per il responsabile scientifico e i docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali (disponibili fra gli allegati).

Dati del responsabile scientifico:

Il responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	Anita	*Cognome*	Frau
Qualifica	Dir. Medico		
Competenze	Progettazione attività sanitaria		
Telefono	0706097408	*Cellulare*	
Fax	0706097413	*email*	anitafrau@asl8cagliari.it
Luogo di nascita	cagliari	*Data di nascita*	20/11/1960

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☐ *XSì* | ☐ *No*
Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Dati del docente:

Nome Vinicio *Cognome* Gruppioni

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

Telefono _____ *Cellulare* 335334366
Fax _____ *email* gruppioni@studiogm.it
Luogo di nascita Bologna *Data di nascita* 31/12/55
Ore di docenza _____ *Ore codocenza* _____

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☐X *Si* | ☐ *No*
Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Il docente è interno (dipendente ASL8 di Cagliari)? ☐ *Si* | X☐ *No*

Se sì, indicare:

Area contrattuale: ☐ *Dirigenza* | ☐ *Comparto* Svolgimento docenza: ☐ *In servizio* | ☐ *Fuori servizio*

Se no, indicare:

Professione: ☐ *Dipendente pubblico* | X☐ *Libero professionista titolare di P. IVA* | ☐ *Consulente senza P. IVA*

Fascia professionale (vedi scheda allegata): ☐X *A* | ☐ *B* | ☐ *C* | ☐ *D*
Per importi superiori alla fascia di appartenenza sarà necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale.

Nome Luigi *Cognome* Minerba
Telefono _____ *Cellulare* 3397403759
Fax _____ *email* minerba@unica.it
Luogo di nascita Villacidro *Data di nascita* 14/12/57
Ore di docenza _____ *Ore codocenza* _____

Dati del docente:

Si è provveduto a inviare il curriculum allegato (max 500 Kb) a formazione@asl8cagliari.it? ☐X *Si* | ☐ *No*
Il curriculum in formato elettronico è necessario per l'accreditamento ECM.

Il docente è interno (dipendente ASL8 di Cagliari)? ☐ *Si* | X☐ *No*

Se sì, indicare:

Area contrattuale: ☐ *Dirigenza* | ☐ *Comparto* Svolgimento docenza: ☐ *In servizio* | ☐ *Fuori servizio*

Se no, indicare:

Professione: X☐ *Dipendente pubblico* | ☐ *Libero professionista titolare di P. IVA* | ☐ *Consulente senza P. IVA*

Fascia professionale (vedi scheda allegata): ☐X *A* | ☐ *B* | ☐ *C* | ☐ *D*
Per importi superiori alla fascia di appartenenza sarà necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale.

7.3 Referente per la formazione della struttura organizzativa

Il referente per la formazione collabora per conto del responsabile scientifico con l'Area Formazione alla progettazione e realizzazione delle attività formative.

Dati del referente della segreteria organizzativa:

Nome Anita *Cognome* Frau
Telefono _____ *Cellulare* 3495740294
Fax _____ *email* anitafrau@asl8cagliari.it
Indirizzo _____

7.4 Area Formazione

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

L'Area Formazione supporta il responsabile scientifico e il referente per la formazione della struttura organizzativa durante la progettazione, la realizzazione e la valutazione delle attività formative.

Indicare il proprio Presidio Ospedaliero, la Macrostruttura o il Dipartimento di riferimento:

X☐ *Coordinamento distretti (referente Area Formazione Tiziana Cotza)*
☐ *D.A. Servizi amministrativi (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
☐ *D.A. Servizi tecnico logistici (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
☐ *D.G. Staff (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
☐ *Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
☐ *Dipartimento Dipendenze (referente Area Formazione Tiziana Cotza)*
☐ *Dipartimento Farmaco (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
☐ *P.O. Binaghi (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
☐ *P.O. Businco (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
☐ *P.O. Marino (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*
☐ *P.O. Microcitemico (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
☐ *P.O. San Giuseppe (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
☐ *P.O. San Marcellino (referente Area Formazione Gianfranco Mereu e Paolo Nieddu)*
☐ *P.O. Santissima Trinità (referente Area Formazione Laura Bernardini)*
☐ *Dipartimento Prevenzione (referente Area Formazione Alessandro Folleri)*
☐ *Dipartimento Salute mentale (referente Area Formazione Anna Paola Ibba)*

8. Validazione della richiesta

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Area Formazione dal Responsabile della Struttura 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: Quartu S.E. **Data** (gg/mm/aaaa): 10/12/13

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Luigi Minerba

Timbro e Firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.aslcagliari.it ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202