

## Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale "La responsabilità del medico e della struttura sanitaria".

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 814 DEL 20 GIU. 2014

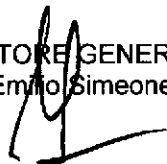
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



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 Paola Trudu Responsabile/Direttore della Struttura  
Servizio Affari Legali

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

e Colpe Medica

di prossima programmazione,

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


il Sig./Dr.

Francesco Otzei

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, 28.06.2014

Firma e timbro  
**IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI**  
(Avv. Paola Trudu)  


ASL8

NP/2014/ 0018056 del 12/05/2014 ore 12,58

Mittente Servizio Affari Legali

Assegnatario Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 161 del 2014



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 Paolo Tardu Responsabile/Direttore della Struttura  
Servizio Affari Legali

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Colpo Medica"

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Avv. Massimo Ravenna

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. 4

**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, 28.05.2014

Firma e timbro

**IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI**  
(Avv. Paolo Tardu)

Paolo Tardu

ASL8

NP/2014/ 0018057 del 12/05/2014 ore 13,00

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 161 del 2014



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

**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 Paola Trudu Responsabile/Direttore della Struttura  
Servizio Affari Legali

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Corso Medica"

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

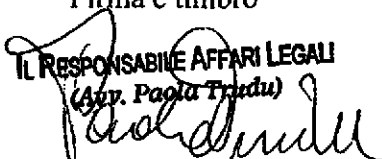
Vincenzo Quato

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. 4

**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, 28.06.2014

Firma e timbro

**IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI**  
(App. Paola Trudu)  


ASL8

NP/2014/ 0017959 del 12/05/2014 ore 10,23

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1. Fascicolo : 161 del 2014



**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

4

**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 Paolo Teuade Responsabile/Direttore della Struttura  
Servizio Affari Legali

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

« Colpa Medica »

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Donato Truci

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, 28.06.2014

Firma e timbro

**IL RESPONSABILE AFFARI LEGALI**  
(Avv. Paola Truci)

Paola Truci

ASLS

NP/2014/ 0017960 del 12/05/2014 ore 10,31

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo 161 del 2014



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

5