

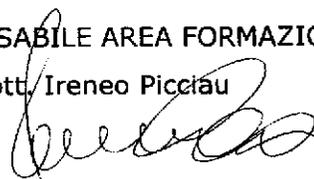
## Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale  
"Corso di aggiornamento destinato agli  
operatori degli Uffici scelta e revoca del medico  
della ASL 8".

Il presente allegato è composto di n...2...fogli,  
di n...2... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 895 DEL 30 GIU. 2014

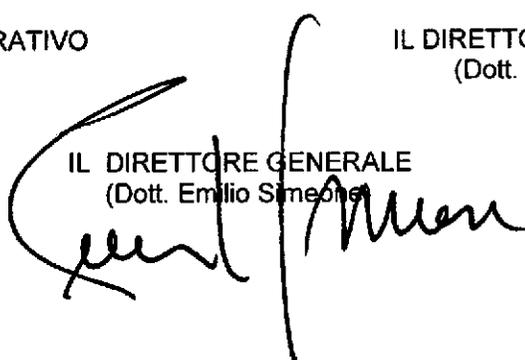
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



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)

La sottoscritta Maria Maddalena Giua Responsabile della U.O.C. Area Amministrativa Territoriale committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“Corso di aggiornamento professionale destinato agli Operatori degli Uffici scelta e revoca del medico della ASL 8” di prossima programmazione, **indico quale docente dell'attività formativa in questione** il Sig. Piero Piras, Collaboratore Amministrativo di questa UOC, Titolare della Posizione Organizzativa denominata “Settore Anagrafe Assistiti – scelta e revoca del medico – assistenza internazionale – esenzioni per patologia ufficio P.O. Businco “

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.

- 1) **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,

ASL8

PG/2014/ 0072788 del 18/06/2014 ore 10,52

Mittente GIUA MADDALENA

Assegnatario . Area Formazione

Classifica 1. Fascicolo : 181 del 2014



Firma e timbro  
**ASL Cagliari**  
U.O.C. Area Amministrativa Territoriale  
Dr. ssa **Maria Maddalena Giua**  
Responsabile  
Dott. ssa **M. Maddalena Giua**