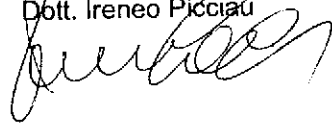


## Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale  
"Corso di formazione di I° livello per operatori  
dei Centri Antifumo"

Il presente allegato è composto  
di n. 4 fogli, di n. 4 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1580 DEL 5 NOV. 2014

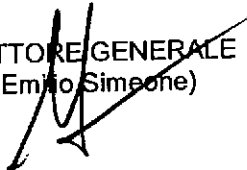
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simone)



**Auto indicazione di scelta come 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 Estello Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D 1,

committente del Corso Formativo dal titolo:

CORSO DI FORMAZIONE DI I° LIVELLO PER OPERATORI DEI CENTRI ANTIFUMO

di prossima programmazione,

**indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

**2) Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta **non sussistono** da parte mia **conflitti di interesse**, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.

Data, 23.10.14

Firma e timbro  
Azienda USL n° 8 - Cagliari  
Servizio per le Dipendenze  
IL DIRETTORE DEL SER.D 1  
Dr. Massimo Diana

ASL8

PG/2014/ 0126310 del 29/10/2014 ore 09,14

Mittente : DIANA MASSIMO

Assegnatario : Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo : 211 del 2014

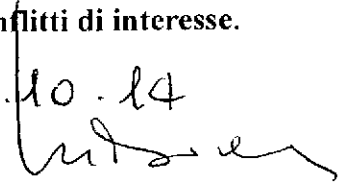


**Indicazione di scelta del Docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)


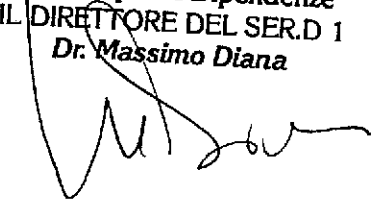
Io sottoscritto Estello Massimo Diana Direttore della Struttura Servizio Dipendenze 1 Cagliari , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "CORSO DI 1° LIVELLO PER OPERATORI DEI CENTRI ANTIFUMO" di prossima programmazione, **indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione** la D.ssa Rosalba Cicalò di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (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.

**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, 23.10.14  


Firma e timbro

Azienda USL n° 8 - Cagliari  
Servizio per le Dipendenze  
IL DIRETTORE DEL SER.D 1  
Dr. Massimo Diana

ASL8

PG/2014/ 0126315 del 29/10/2014 ore 09,16

Mittente : DIANA MASSIMO

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 211 del 2014



ASLCagliari

Direzione Generale  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale  
Area Formazione

## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto ROSALBA CICALO' nominato in qualità di Docente/Codocente per  
l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "CORSO DI FORMAZIONE DI 1° LIVELLO  
PER OPERATORI DEI CENTRI ANTIFUMO" di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o  
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della  
corruzione.

Data  
28/10/14

Firma  
*Rosalba Cicalo'*

*A*

ASL8

PG/2014/ 0126321 del 29/10/2014 ore 09,19

Mittente: CICALO ROSALBA

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 1 Fascicolo: 211 del 2014



Sede Postale Area Formazione  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02261430528  
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Murtu Bacciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-8864  
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1