

Allegato "D"

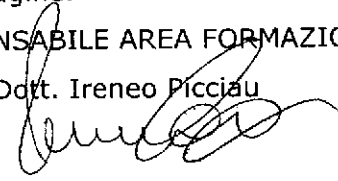
Progetto Formativo "Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari"

Indicazione di scelta del docente

Il presente allegato è composto di n. 14 fogli,
di n. 14 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



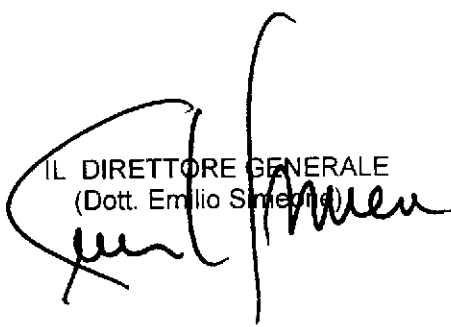
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1585 DEL 5 NOV. 2014

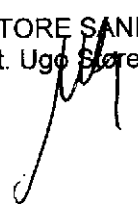
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeoni)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Scirelli)



**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 _____ Pierfranco Trincas _____

Responsabile/Direttore della Struttura _____ SPDC2

_____ ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il

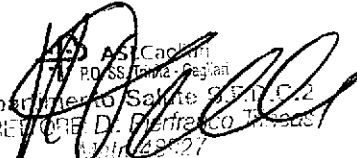
Sig. Dr. Caterino Burrai

—
di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25.8.14

Firma e timbro


ASL Cagliari
PO SS (Cagliari) - Cagliari
Dipartimento Salute SPDC2
DIRETTORE D. Pierfranco Trincas
Viale 49/27

ASL8

PG/2014/ 0107933 del 16/09/2014 ore 11,12

Mittente TRINCAS PIERFRANCO

1

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1. Fascicolo 200 del 2014



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 _____ Pierfranco Trincas _____

Responsabile/Direttore della Struttura _____ SPDC2

_____ ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il

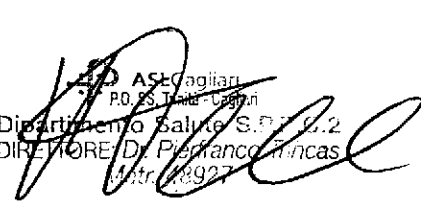
Sig.Dr _____ Tommaso Brunel _____

—
di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25.8.14

Firma e timbro


ASL Cagliari
P.O. SS. Tommaso - Cagliari
Dipartimento Salute S.P. 1/2
DIRETTORE Dr. Pierfranco Trincas
Matr. 48927

ASL8

PG/2014/ 0107936 del 16/09/2014 ore 11,13

Mittente : TRINCAS PIERFRANCO

1

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1. Fascicolo 200 del 2014



**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 _____ Pierfranco Trincas _____

Responsabile/Direttore della Struttura _____ SPDC2

_____ ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il

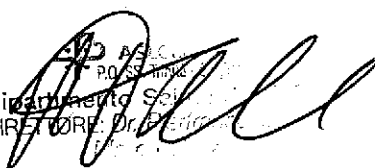
Sig.Dr _____ Sergio Masse _____

—
di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25. 8. 14

Firma e timbro


ASL8
Dipartimento Servizi
DIRETTORE Dr. Pierfranco Trincas

ASL8

PG/2014/ 0107938 del 16/09/2014 ore 11,14

1

Mittente TRINCAS PIERFRANCO

Assegnatario: Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 200 del 2014



**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 _____ Pierfranco Trincas _____

Responsabile/Direttore della Struttura _____ SPDC2

_____ ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il

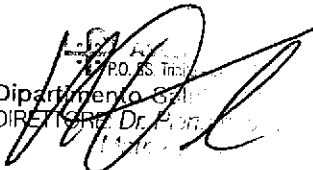
Sig.Dr _____ Anna Rita Ioi _____

—
di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25.8.14

Firma e timbro


Dipartimento S...
DIRETTORE Dr. Pierfranco Trincas

ASLS

PG/2014/ 0107940 del 16/09/2014 ore 11,14

1

Mittente: TRINCAS PIERFRANCO

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: 1 Fascicolo: 200 del 2014



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 Pierfranco Trincas

Responsabile/Direttore della Struttura SPDC2

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il

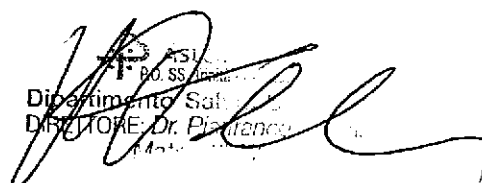
Sig. Dr. Domenico Mazzelle

di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25-8-14

Firma e timbro


ASL8
Dipartimento Sanitario
DIRETTORE Dr. Pierfranco Trincas

ASL8

PG/2014/ 0107941 del 16/09/2014 ore 11,15

Mittente TRINCAS PIERFRANCO

1

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo : 200 del 2014



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 _____ Pierfranco Trincas _____

Responsabile/Direttore della Struttura _____ SPDC2

_____ ,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari

di prossima programmazione,

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

il

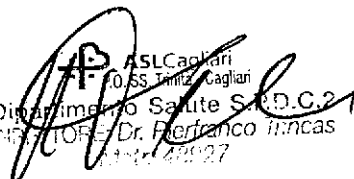
Sig.Dr. Carlo Lai

—
di cui ho acquisito e stimato il 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

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, 25. 8. 14

Firma e timbro


ASL Cagliari
0.85. Timiz Cagliari
Dipartimento Salute S.P.D.C.2
PIERFRANCO Dr. Pierfranco Trincas
11/08/2014

ASL8

PG/2014/ 0107942 del 16/09/2014 ore 11,16

Mittente TRINCAS PIERFRANCO

1

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 200 del 2014



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 Pierfranco Trincas Responsabile/Direttore della Struttura SPDC2,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: _____

Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari _____

di prossima programmazione,

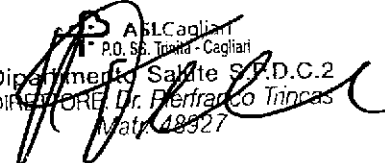
1) **indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

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, 25.8.14

Firma e timbro


ASL Cagliari
P.O. Ss. Trinità - Cagliari
Dipartimento Salute S.P.D.C.2
DIRETTORE Dr. Pierfranco Trincas
Matr. 48927

ASL8

PG/2014/ 0107901 del 16/09/2014 ore 10,56

Mittente : TRINCAS PIERFRANCO

Assegnatario Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 200 del 2014



Dichiarazione di 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 Anna Rita Docente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo: _____ Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari
di prossima programmazione

dichiaro

che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Rinuncio al compenso dovuto.

Data, 24/07/14

Firma

Anna Rita

A

ASL8

PG/2014/ 0107925 del 16/09/2014 ore 11,07

Mittente LOI ANNA RITA

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

Dichiarazione di 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 Domenico Mazzella Docente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo: _____ Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari di prossima programmazione

dichiaro

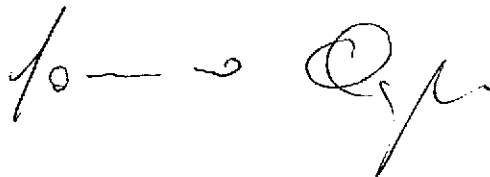
che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Rinuncio al compenso dovuto.

Data,

21.8.14

Firma



ASL8

PG/2014/ 0107924 del 16/09/2014 ore 11,06

Mittente : MAZZELLA DOMENICO

Assegnatario : Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo : 200 del 2014



Dichiarazione di 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 Burrai CATERINA Docente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo: _____ Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari
di prossima programmazione

dichiaro

che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Rinuncio al compenso dovuto.

Data, 25.8.14

Firma



ASL8

PG/2014/ 0107919 del 16/09/2014 ore 11,05

Mittente BURRAI CATERINA

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1, Fascicolo : 200 del 2014



Dichiarazione di 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 SERGIO MASSA Docente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo: _____ Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari
di prossima programmazione

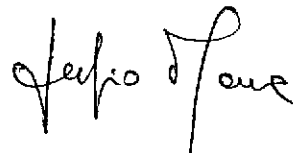
dichiaro

che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Rinuncio al compenso dovuto.

Data, 25-8-14

Firma



ASL8

PG/2014/ 0107917 del 16/09/2014 ore 11,04

Mittente MASSA SERGIO

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 200 del 2014



Dichiarazione di 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 TOMMASO BRUNDU Docente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo: _____ Terapia farmacologica e problematiche cardiovascolari di prossima programmazione

dichiaro

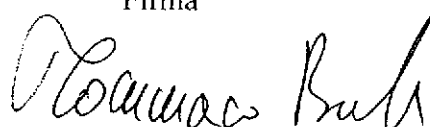
che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Rinuncio al compenso dovuto.

Data,

25 luglio 2014

Firma



ASL8

PG/2014/ 0107910 del 16/09/2014 ore 11,00

Mittente BRUNDU TOMMASO

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

13

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 CARLO LAI Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal
titolo: TERAPIA FARMACOLOGICA E PROBLEMATICHE CARDIOVASCOLARI
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, rinunciando al compenso dovuto

Data, 6/9/14

Firma

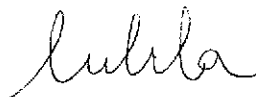
ASL8

PG/2014/ 0107906 del 16/09/2014 ore 10,58

Mittente LAI CARLO

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1. Fascicolo 200 del 2014



4