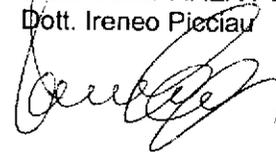


## Allegato "E"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale "Psichiatria di genere: la salute mentale delle donne. Gravidanza"

Il presente allegato è composto  
di n. 8 fogli, di n. 8 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



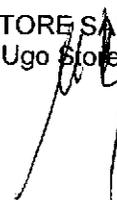
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1733 DEL 21 NOV 2014

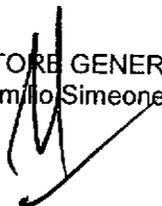
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Stielli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)





Allegato 2

Dati docente e preventivo di spese

|   |   |  |           |
|---|---|--|-----------|
| Nome  | ELIOMMA   | Cognome                                | COCCOLONE |
| Qualifica   | MEDICO - Chir.  |  |           |
| Telefono  |   | Cellulare                              |           |
| Fax   |   | Email                                  |           |
| Luogo di nascita  | FOMM (NU)   | Data di nascita                        | 21/10/65  |
| Docente interno ASL Cagliari  | <input type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No            |           |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/ fuori orario di servizio? | <input checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore: 10<br>€ ..... per un tot. di € .....<br><input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore: .....<br>€ ..... per un tot. di € ..... |  |           |
| Docente esterno   | <input type="checkbox"/> Si   | <input checked="" type="checkbox"/> No |           |
| Fascia di competenza  | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D   |  |           |
| Docenza gratuita  | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |  |           |
| Ore docenza da pagare   | Nr. ore: _____  |  |           |
| Compenso orario docente esterno   | € _____ /h  | Totale compenso                        | € 0       |
| Spese pasti docente esterno   | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____   |  |           |
| Spese pernottamento docente esterno   | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____  |  |           |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                             | € _____   |  |           |

Cagliari 5/11/14

Firma \_\_\_\_\_

ASL Cagliari  
 P.O. SS. 7012 - Cagliari  
 STRUTTURA COMPLESSA  
 DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA  
 Il Primario: D.ssa Eleonora Coccozzoni  
 Matr. 52920

d

Allegato 2

Dati docente e preventivo di spese

|  |  |  |                         |
|--|--|--|-------------------------|
| Nome   | Valeria  | Cognome  | Deiana                  |
| Qualifica  | Medico specialista in Farmacologia   |  |                         |
| Telefono   | 070 6092438  | Cellulare  |                         |
| Fax  | 070 653584   | Email  | valeria.deiana@unica.it |
| Luogo di nascita   | Cagliari   | Data di nascita  | 17/09/1983              |
| Docente interno ASL Cagliari   | <input type="checkbox"/> Si  | <input checked="" type="checkbox"/> No   |                         |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio? | <input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____<br>€ ..... per un tot. di € .....                      | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : ____<br>€ ..... per un tot. di € ..... |                         |
| Docente esterno  | <input checked="" type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No  |                         |
| Fascia di competenza   | <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |  |                         |
| Docenza gratuita   | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No   |  |                         |
| Ore docenza da pagare  | Nr. ore: 1   |  |                         |
| Compenso orario docente esterno  | € 80/h   | Totale compenso  | € 80                    |
| Spese pasti docente esterno  | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____  |  |                         |
| Spese pernottamento docente esterno  | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____   |  |                         |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                            | €: _____   |  |                         |
|  |  |  |                         |

Cagliari, 11/11/2014

Firma

*Valeria Deiana*

*1*

ASLB  
 Prot. 2014/135258 del 19/11/2014 ore 09,46  
 Mitt.: DEIANA VALERIA  
 Ass.: Area Formazione  
 Class.: 1. Fasc.: 222 del 2014



Allegato 2



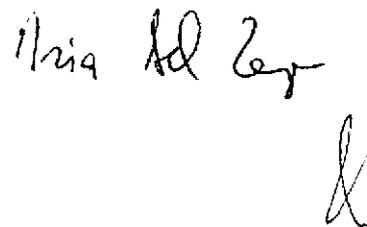
Dati docente e preventivo di spese

|  |  |   |                   |
|--|--|---|-------------------|
| Nome   | MARIA  | Cognome   | DEL ZOMPO         |
| Qualifica  | Professore Ordinario   |   |                   |
| Telefono   | 070 6092438  | Cellulare   | 366 6606467       |
| Fax  | 070 653584   | Email   | delzompo@unica.it |
| Luogo di nascita   | Cagliari   | Data di nascita   | 21/04/1951        |
| Docente interno ASL Cagliari   | <input type="checkbox"/> Si  | <input checked="" type="checkbox"/> No  |                   |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio? | <input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € .....                     | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € ..... |                   |
| Docente esterno  | <input checked="" type="checkbox"/> Si   | <input type="checkbox"/> No   |                   |
| Fascia di competenza   | <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |   |                   |
| Docenza gratuita   | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |   |                   |
| Ore docenza da pagare  | Nr. ore: _____   |   |                   |
| Compenso orario docente esterno  | € _____/h  | Totale compenso   | € _____           |
| Spese pasti docente esterno  | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____  |   |                   |
| Spese pernottamento docente esterno  | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____   |   |                   |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                            | €: _____   |   |                   |
|  |  |   |                   |

Cagliari, 3/11/14

Firma

Maria Del Zompo



Allegato 2

Dati docente e preventivo di spese

|   |  |   |                             |
|---|--|---|-----------------------------|
| Nome  | ALESSANDRO   | Cognome   | FLORE                       |
| Qualifica   | MEDICO LEGALE  |   |                             |
| Telefono  |  | Cellulare   | 3922421330                  |
| Fax   | 070/2334983  | Email   | flore.alessandro@tiscali.it |
| Luogo di nascita  | Saint Martin D'Herès (Francia)   | Data di nascita   | 29/01/70                    |
| Docente interno ASL Cagliari  | No   |   |                             |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/ fuori orario di servizio? | <input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € ..... | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € ..... |                             |
| Docente esterno   | <input type="checkbox"/> Si  |   |                             |
| Fascia di competenza  | <input type="checkbox"/> A   |   |                             |
| Docenza gratuita  | <input type="checkbox"/> No  |   |                             |
| Ore docenza da pagare   | Nr. ore: 3   |   |                             |
| Compenso orario docente esterno   | € 100/h  | Totale compenso   | € 300,00                    |
| Spese pasti docente esterno   | Nr. pasti da rimborsare: // - Totale spesa rimborso pasti: €//                                     |   |                             |
| Spese pernottamento docente esterno   | Nr. notti da rimborsare:// - Totale spese pernottamenti: €//                                       |   |                             |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                             | €://   |   |                             |
|   |  |   |                             |

Cagliari, 20/10/2014

*Dott. Flore Alessandro  
Specialista in Med. Legale  
CP 6491 - 09026 SIRTU (CA)  
Cod. 3802421330 - Tel. 070/2334983  
P. IVA 0273710926 - C.F. FLRE5N70A2921100*

ASLB  
Prot. 2014/130672 del 10/11/2014 ore 08.47  
Mitt.: FLORE ALESSANDRO  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 222 del 2014



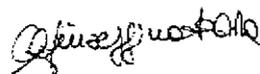
## Allegato 2

## Dati docente e preventivo di spese

|  |   |                 |   |
|--|---|-----------------|---|
| Nome   | Maria Giuseppina  | Cognome         | Ledda   |
| Qualifica  | Dir Medico  |                 |   |
| Telefono   | 070/6093511   | Cellulare       | 3287890992  |
| Fax  | 070/6093415   | Email           |   |
| Luogo di nascita   | BENETUTTI (SS)  | Data di nascita | 15.03.1961  |
| Docente interno ASL Cagliari   | <input type="checkbox"/> Si   |                 | <input type="checkbox"/> No   |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio? | <input type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € .....            |                 | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : _____<br>€ ..... per un tot. di € ..... |
| Docente esterno  | <input checked="" type="checkbox"/> Si  |                 | <input type="checkbox"/> No   |
| Fascia di competenza   | X <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |                 |   |
| Docenza gratuita   | <input type="checkbox"/> Si    X <input type="checkbox"/> No  |                 |   |
| Ore docenza da pagare  | Nr. ore: _____  |                 |   |
| Compenso orario docente esterno  | € _____ /h  | Totale compenso | € _____ 200 _____   |
| Spese pasti docente esterno  | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____   |                 |   |
| Spese pernottamento docente esterno  | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____  |                 |   |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                            | €: _____  |                 |   |
|  |   |                 |   |

Cagliari 27 ottobre 2014

Firma




ASL8

Prot. 2014/130677 del 10/11/2014 ore 08,48

Mitt.: LEDDA MARIA GIUSEPPINA

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 222 del 2014





Allegato 2

Dati docente e preventivo di spese

|   |   |                 |  |
|---|---|-----------------|--|
| Nome  | ISA   | Cognome         | PILIA  |
| Qualifica   | DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO  |                 |  |
| Telefono  |   | Cellulare       |  |
| Fax   |   | Email           |  |
| Luogo di nascita  | ULASSAI (NU)  | Data di nascita | 05-05-66   |
| Docente interno ASL Cagliari  | <input type="checkbox"/> Si   |                 | <input type="checkbox"/> No  |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/ fuori orario di servizio? | <input checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore: 12<br>€ ..... per un tot. di € .....   |                 | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore: .....<br>€ ..... per un tot. di € ..... |
| Docente esterno   | <input type="checkbox"/> Si   |                 | <input checked="" type="checkbox"/> No   |
| Fascia di competenza  | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |                 |  |
| Docenza gratuita  | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                 |  |
| Ore docenza da pagare   | Nr. ore: _____  |                 |  |
| Compenso orario docente esterno   | € _____/h   | Totale compenso | € _____  |
| Spese pasti docente esterno   | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____                                       |                 |  |
| Spese pernottamento docente esterno   | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____  |                 |  |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                             | €: _____  |                 |  |
|   |   |                 |  |

Cagliari 5/11/14

ASL Cagliari  
 P.O. SS. 1101 - Cagliari  
 STRUTTURA COMPLESSA DI  
 OSTETRICIA e GINECOLOGIA  
 Dr.ssa Isa Pilia Matr. 51804  
 Firma *Isa Pilia*

*d*



Allegato 2

Dati docente e preventivo di spese

|  |   |                 |                 |
|--|---|-----------------|-----------------|
| Nome   | SERAFINO  | Cognome         | PUSCEDDU        |
| Qualifica  | DIR MEDICO PSICHIATRIA  |                 |                 |
| Telefono   |   | Cellulare       |                 |
| Fax  |   | Email           | puxed@hscael.it |
| Luogo di nascita   | CARBONIA  | Data di nascita | 26/3/70         |
| Docente interno ASL Cagliari   | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                 |                 |
| Il docente interno svolgerà la sua attività di docenza in orario/fuori orario di servizio? | <input checked="" type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore: <u>8</u><br>€ ..... per un tot. di € ..... |                 |                 |
|  | <input type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore: _____<br>€ ..... per un tot. di € .....            |                 |                 |
| Docente esterno  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |                 |                 |
| Fascia di competenza   | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D     |                 |                 |
| Docenza gratuita   | <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |                 |                 |
| Ore docenza da pagare  | Nr. ore: <u>0</u>   |                 |                 |
| Compenso orario docente esterno  | € _____ /h  | Totale compenso | € _____         |
| Spese pasti docente esterno  | Nr. pasti da rimborsare: _____ - Totale spesa rimborso pasti: € _____   |                 |                 |
| Spese pernottamento docente esterno  | Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____  |                 |                 |
| Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)                            | €: _____  |                 |                 |
|  |   |                 |                 |

Cagliari 27/10/14

Firma 

1