

# Allegato "A"

## Approvazione Progetto Formativo Aziendale "Pediatric Basic Life Support Defibrillation".

Il presente allegato è composto di n. 31 fogli,  
di n. 31 pagine.

IL RESPONSABILE DELL'AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1734 DEL 27 NOV. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Sergio Salis)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Ugo Storelli)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Emilio Simeone)



Prot 74 P/2014-DEU

Cagliari, 20.11.2014

Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale "Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

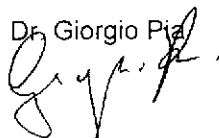
In relazione all'oggetto, al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "Pediatric Basic Life Support Defibrillation", si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitto di interesse
- Moduli "dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti"
- Programma del corso

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr. Giorgio Pia



2

All'Area Formazione

**OGGETTO: Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale dal titolo*****Pediatric Basic Life Support Defibrillation*****Accreditamento ECM**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?  Sì |  No**Tipologia**Barrare con una crocetta una sola casella:

- Congresso/simposio/convegno/seminario
- Tavola rotonda
- Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare
- Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle stative per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata
- Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale
- Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale
- Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali
- Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)
- Corso di aggiornamento
- Corso di addestramento
- Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative
- Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa
- Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici
- Videoconferenza
- Attività formativa di aggiornamenti monotematici

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** Sì  No**E' previsto l'uso della sola lingua italiana?** Sì |  No

**\* N.B. La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.**

3

X

**Numero Edizione/i del corso**

Numero edizioni previste: 2

Data inizio prima edizione: 01/12/2014

Data fine prima edizione: 01/12/2014

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.

Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

<i>Edizione numero</i>	<i>Data di inizio (gg/mm/aaaa)</i>	<i>Data di fine (gg/mm/aaaa)</i>
2	09/12/2014	09/12/2014
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**Sede di svolgimento**

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

Sì |  No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura Comando Supporto Logistico Marina Militare  
Via P.zza Marinai D'Italia 1 Num. \_\_\_\_\_  
Comune/Prov. Cagliari CAP \_\_\_\_\_

**Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso**

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

**Dati del partecipanti**

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 20

Numero partecipanti totali: 40

**Professioni dei partecipanti**

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:


**Aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Medico Chirurgo**
- Farmacista**
- Biologo*
- Chimico*
- Fisico*
- Veterinario**
- Odontoiatra*
- Psicologo**
- Assistente Sanitario*
- Dietista*
- Fisioterapista*
- Educatore Professionale*
  
- Igienista Dentale*
- Infermiere*
- Infermiere pediatrico*
- Logopedista*
- Ortottista/Assistente di oftalmologia*
- Ostetrica/o*
- Podologo*
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare*
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico*
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*
- Tecnico Audiometrista*
- Tecnico Audioprotesista*
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro*
- Tecnico di Neurofisiopatologia*
- Tecnico Ortopedico*
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva*
- Terapista Occupazionale*
- Tutte le professioni*

**N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline**

**Non aventi diritto ai crediti E.C.M.**

- Analista*
- Architetto*
- Assistente Amministrativo*
- Assistente Religioso*
- Assistente Tecnico*
- Ausiliario Specializzato*
- Avvocato*
- Coadiutore Amm.vo*
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le*
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale*
- Collaboratore Tecnico - Professionale*
- Collaboratore Professionale – Sanitario Pers. della Riabil.*
- Collaboratore Professionale - Sanitario*
- Commesso*
- Direttore Amministrativo*
- Direttore dei Servizi Sociali*
- Direttore Generale*
- Dirigente Amministrativo*
- Geologo*
- Infermiere Generico*
- Infermiere Psichiatrico*
- Ingegnere*
- Massofisioterapista*
- Odontotecnico*
- Operatore Socio - Sanitario*
- Operatore Tecnico*
- Oper. Tecnico Addetto Assistenza (OTA)*
- Operatore Tecnico Specializzato*
- Ottico*
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente*
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo*
- Profilo Atipico Ruolo Professionale*
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario*
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico*
- Programmatore*
- Puericultrice*
- Sociologo*
- Statistico*
- Tutte le professioni*

<b>Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:</b>				
<input type="checkbox"/> Allergologia ed Immunologia Clinica	<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione	<input type="checkbox"/> Angiologia	<input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale	<input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	<input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare	<input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale	<input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia	<input type="checkbox"/> Ematologia
<input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	<input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Geriatria
<input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	<input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	<input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica	<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio	<input type="checkbox"/> Malattie Infettive
<input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale	<input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina dello Sport	<input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza
<input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)	<input type="checkbox"/> Medicina Interna	<input type="checkbox"/> Medicina Legale	<input type="checkbox"/> Medicina Nucleare	<input type="checkbox"/> Medicina Termale
<input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neonatologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile	<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
<input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia)	<input type="checkbox"/> Pediatria 
<input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)	<input type="checkbox"/> Psichiatria	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Reumatologia	<input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia	<input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia
<input type="checkbox"/> Biochimica Clinica	<input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica	<input type="checkbox"/> Endocrinologia	<input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione	<input type="checkbox"/> Medicina TrASFusionale

**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista** Farmacia Ospedaliera Farmacia territoriale**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario** Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati Sanità Animale**Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo** Psicologia Psicoterapia

A

**Obiettivo formativo**

Barrare una sola casella:

- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*
- Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica*
- Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura*
- Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*
- Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie*
- La sicurezza del paziente*
- La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato*
- Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale*
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera*
- Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute*
- Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali*
- Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure*
- Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute*
- Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità*
- Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*
- Etica, bioetica e deontologia*
- Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn*
- Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*
- Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà*
- Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie*
- Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione*
- Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio – assistenziali*
- Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*
- Sanità veterinaria*
- Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza*
- Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*
- Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate*
- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto*
- Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assesment*

4

8  
A



**Area tematica**Barrare una sola casella:

- Area comunicazione e relazione
- Area cure primarie
- Area salute mentale
- Area materno infantile
- Area delle dipendenze
- Area riabilitazione
- Area oncologica
- Area farmaceutica
- Area giuridico - normativa
- Area qualità e risk management
- Area metodologica
- Area etica e deontologica
- Area specialità chirurgiche
- Area specialità mediche
- Area prevenzione e promozione della salute
- Area informatica
- Area emergenza ed urgenza
- Area igiene e sanità pubblica
- Area sicurezza luoghi di lavoro
- Area salute immigrati
- Area cardiovascolare
- Area medicina veterinaria
- Area diagnostica di laboratorio
- Area diagnostica per immagini
- Area gestionale management organizzativa
- Area gestionale management economico finanziaria

A

**Finalità\***

**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Insegnare le tecniche di primo soccorso nel bambino critico

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Spiegare le modalità di intervento in caso di perdita di coscienza, arresto cardiorespiratorio, ostruzione delle vie aeree

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Le tecniche di rianimazione dovrebbero far parte del patrimonio culturale della popolazione generale. A maggior ragione sono per il personale sanitario



\* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento

**Programma del corso**

Si allega il programma ?  Sì |  No

Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale E.C.M. e sul sistema AGENAS.

Si prega di indicare i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma, coerentemente con quanto riportato al punto successivo (metodologia didattica).

Durata singola edizione (non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio): Ore: 10 Minuti: 0

---

10  
8

**Metodi didattici**

Il totale complessivo deve corrispondere alla durata della singola edizione del corso; non si conteggiano la registrazione dei partecipanti, i saluti e le pause.

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	15
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	4	30
Role - Playing	RP	4	15

**Valutazione**

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello)*
- Prova orale (allegare le domande)*
- Esame pratico (allegare la descrizione)*
- Prova scritta (allegare la descrizione)*
- Project work (allegare la descrizione)*
- Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*


**Attrezzatura**

**(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)**

- Videoproiettore |  Computer portatile |  Lavagna a fogli mobili |  Aula informatica

**Responsabile scientifico nel progetto**

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Nome Giorgio Cognome Pia  
 Qualifica Dirigente Medico  
 Competenze Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza  
 Telefono 0706095924 Cellulare 3386571062  
 Fax 0706095924 email giorgiopia@asl8cagliari.it  
 Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 18.08.1953

Al termine del corso, sarà sua cura, del responsabile del servizio proponente il corso, consegnare all'Area Formazione:

11  
/

**1 – Dichiarazione Lista Partecipanti al Progetto Formativo** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

**n.b.:** ai fini del riconoscimento dei crediti E.C.M., non sono consentite assenze al corso da parte dei partecipanti

**n.b. 1 :** nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

**2 – Nota di trasmissione materiale didattico post – corso che trasmetta** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione):

- **Elenco dei questionari/prove di valutazione** (o una dichiarazione che attesti l'avvenuto superamento o non superamento del corso dal punto di vista didattico) **di apprendimento utilizzate dai partecipanti** specificando su ciascuno di essi se sia da considerarsi come "prova superata" o "non superata". Per l'E.C.M., sono da considerare validi i questionari di apprendimento per i quali si è risposto correttamente ad almeno il 60% delle domande.
- **Elenco dei questionari di gradimento del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)
- **Elenco dei questionari di gradimento di ogni singolo docente del corso** (se il corso è accreditato E.C.M.)

**n.b.:** nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere una nota per ciascuna edizione

**3 – Dichiarazione di Prestazione Didattica Regolarmente Eseguita** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

**n.b.:** nel caso di corso costituito da più edizioni, trasmettere separatamente una nota per ciascuna edizione

**4 – Modulo di Consegna Materiali Didattici a cura del/dei docente/i del corso** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)

**5 – Dichiarazione Ricaduta Formativa a Distanza - da consegnare 6 MESI dopo la fine del corso** (disponibile sul sito [www.aslcagliari.it](http://www.aslcagliari.it) nella parte riservata all'Area Formazione)



**Massimali e retribuzione dei docenti  
(delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):**

Voce di spesa	Docente Interno	Docente Esterno
Pasti	come da disposizioni aziendali	I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88).
Mobilità	come da disposizioni aziendali	Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato

12  
10

Pernottamento	come da disposizioni aziendali	Max 110,00/notte
Compenso	<p>In orario di servizio*:</p> <p>a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;</p> <p>Fuori orario di servizio*:</p> <p>a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza;</p> <p>* = come da disposizioni aziendali</p>	<p>- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A</p> <p>- Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B</p> <p>- Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C</p> <p>- Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D</p> <p>Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale</p>
Compenso Codocenza	<p>In orario di servizio:</p> <p>a - € 1,41/ora per il comparto; b - € 2,05/ora per la dirigenza;</p> <p>Fuori orario di servizio*:</p> <p>a - € 6,45/ora per il comparto; b - € 10,25/ora per la dirigenza;</p>	- € 25,00/ora fascia unica
Compenso tutor	<p>In orario di servizio*:</p> <p>a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza;</p> <p>Fuori orario di servizio*:</p> <p>a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza.</p> <p>*il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso</p>	- € 30,00/ora fascia unica (il compenso non potrà eccedere il 50% delle ore totali del corso)

**Spese non rimborsabili:**

- 1 - Ricevute relative ai taxi
- 2 - Ricevute di parcheggio del mezzo proprio
- 3 - Le ricevute relative al noleggio di autovettura
- 4 - Gli scontrini fiscali privi della descrizione del bene e/o servizio acquistato
- 5 - Le ricevute pasti e/o alloggio non fiscali
- 6 - Le ricevute riferite a pasti consumati in data antecedente a quella di emissione
- 7 - I biglietti autofiliferrotranviari relativi a percorsi urbani



**Fasce di competenza compensi docenza esterna (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):**

<b>Fascia</b>	<b>Requisiti professionali</b>
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti di ogni grado del sistema universitario e dirigenti della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione</li> <li>▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale</li> <li>▪ Dirigenti d'azienda o imprenditori impegnati in attività del settore di appartenenza, rivolte ai propri dipendenti, con esperienza professionale almeno decennale nel profilo o categoria di riferimento</li> <li>▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza</li> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale</li> </ul>
<b>B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale</li> <li>▪ Ricercatori universitari di I livello e funzionari della PA impegnati in attività propria del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno quinquennale</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza</li> <li>▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza</li> </ul>
<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B</li> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni</li> </ul>
<b>D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni</li> <li>▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni</li> </ul>

A

14  
12

**Dati dei docenti**
**Docente nr. 1**

Nome	Mariangela	Cognome	Carta
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	3286711771
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <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 : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 2**

Nome	Lai	Cognome	Antonello
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	3382463246
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Docente interno ASL Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Sì <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 : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
Docente esterno	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Fascia di competenza	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 3**

Nome	Stefano	Cognome	Marongiu
Qualifica	Infermiere		
Telefono		Cellulare	3401668137
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Docente interno ASL Cagliari	X 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 : _____ € ..... per un tot. di € .....	X Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90	
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 4**

Nome	Alessio	Cognome	Fontana
Qualifica	Infermiere		
Telefono		Cellulare	3491247014
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Docente interno ASL Cagliari	X 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 : _____ € ..... per un tot. di € .....	X Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90	
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		



**Docente nr. 5**

Nome	Giampaolo	Cognome	Chighini
Qualifica	Infermiere		
Telefono		Cellulare	3490998719
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 6**

Nome	Vinicio	Cognome	Podda
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	3407153386
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	<b>Totale compenso</b>	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	<input checked="" type="checkbox"/> verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 7**

Nome	Sebastiano	Cognome	Patti
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	3932305482
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 8**

Nome	Giulio	Cognome	Oppes
Qualifica	Infermiere		
Telefono		Cellulare	3395808187
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 9**

Nome	Marcella	Cognome	Farci
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	3333510674
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Docente nr. 10**

Nome	Francesca Teresa	Cognome	Asproni
Qualifica	Medico		
Telefono		Cellulare	
Fax		Email	
Luogo di nascita		Data di nascita	
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 type="checkbox"/> In orario di servizio - Nr. ore : ____ € ..... per un tot. di € .....		<input checked="" type="checkbox"/> Fuori orario di servizio - Nr. ore : 10 € 25,79 per un tot. di € 257,90
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		
Ore docenza da pagare	Nr. ore: 8		
Compenso orario docente esterno	€ _____/h	Totale compenso	€ _____
Spese pasti docente INTERNO	Nr. pasti da rimborsare: 1 - Totale spesa rimborso pasti: € 15,00		
Spese pernottamento docente esterno	Nr. notti da rimborsare: _____ - Totale spese pernottamenti: € _____		
Spese mobilità docente esterno (aereo, nave, treno, metro, bus)	€: _____		
	X verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse (vedi dichiarazioni allegate)		

**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

 *Formazione strategica e Formazione di sistema*     *Formazione specifica*
 *Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento):* \_\_\_\_\_

 *Sponsor Commerciali*     *Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):* \_\_\_\_\_

 Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi?  Sì |  No

**Riepilogo voci di spesa del corso**

<b>A</b>	<i>Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	<b>€ 2.570,90</b>
<b>B</b>	<i>Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>C</b>	<i>Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 150,00</b>
<b>D</b>	<i>Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 0,00</b>
<b>E</b>	<i>Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)</i>	<b>€ 371,30</b>
<b>F</b>	<i>Stima costi accreditamento ECM</i>	<b>€ 172,15</b>
<b>Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 3.264,35</b>

**Dati del referente della segreteria organizzativa**


<i>Nome</i>	Ilenia	<i>Cognome</i>	Piras
<i>Telefono</i>	0706096082	<i>Cellulare</i>	3409641961
<i>Fax</i>	0706096082	<i>email</i>	ileniapiras@asl8cagliari.it
<i>Indirizzo</i>			

**Materiali informatici da inviare necessariamente per l'accreditamento E.C.M.**  
 (entro 45 giorni prima della data di inizio del corso)

- **Curriculum del Responsabile Scientifico** (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Curriculum di ogni singolo docente** coinvolto nel progetto formativo (firmato, in formato europeo ed in versione word e pdf)
- **Programma del corso** (formato word) con il dettaglio delle metodologie didattiche utilizzate e con l'esatta indicazione sulla durata degli interventi dei docenti che intervengono in ciascuna fascia oraria del programma
- **Strumento di valutazione dell'apprendimento** (formato word) – vedi esempio questionario sul sito aziendale

**Indicare la struttura di appartenenza**

- Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)
- D.A. Servizi amministrativi (Laura Bernardini)
- D.A. Servizi tecnico logistici (Laura Bernardini)
- Centrale Operativa 118 (Alessandro Folleri)
- Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)
- Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)
- D.G. Staff (Laura Bernardini)
- DASS Accredimento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)
- Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (Anna Paola Ibba)
- Dipartimento Dipendenze (Renata Casu)
- Dipartimento Farmaco (Paolo Nieddu)
- P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)
- P.O. Businco (Tiziana Cotza)
- P.O. Marino (Anna Paola Ibba)
- P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)
- P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)
- P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)
- P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)
- Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)
- Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)

<p><b>Nome e cognome</b> (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>PIA GIORGIO</p>
<p><b>Timbro e Firma</b> (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>  <b>ASL Cagliari</b>          P.O. S.S. Trinità - Cagliari  <b>S.C. di MEDICINA e CHIRURGIA</b>  <b>di ACCETTAZIONE EMERGENZA</b>  <b>DIRETTORE Dr. Giorgio Pia</b> </p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>

## Dichiarazione

### **Accettazione incarico di Docente 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 Francesca Asproni nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

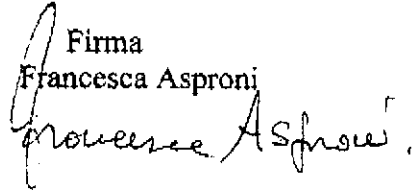
di prossima programmazione

Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### **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 20/11/2014

Firma  
Francesca Asproni  


22



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 MARONGIU STEFANO nominato in qualità di Docente per

l'Evento dal titolo:

Pediatric Basic Life Support Defibrillation

di prossima programmazione

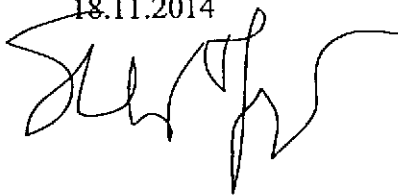
Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### 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,

18.11.2014



Firma



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 Fontana Alessio nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“Pediatric Basic Life Support Defibrillation”

di prossima programmazione

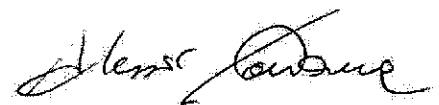
Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### 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.

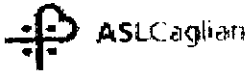
Data, 19/11/2014

Firma



A





Direzione Generale  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale  
Area Formazione

## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 CARLA MARIANGELA nominato in qualità di Docente/

Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

di prossima programmazione

Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

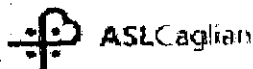
**dichiaro**

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, 19/11/14

Firma  
*Mariangela Carde*

25



Direzione Generale  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale  
Area Formazione

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente  
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 CHIGLIANI GIAMPAOLO nominato in qualità di Docente/

Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

di prossima programmazione

Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

**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, 18-11-2014

Firma *Chigliani Giampaolo*

26

## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 GIULIO OPPES nominato in qualità di Docente per l'Evento/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo:

"Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

di prossima programmazione

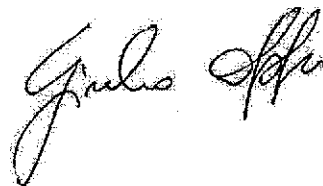
Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### 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, 19-11-2014

Firma



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 Lai Antonello Paolo, nominato in qualità di Docente/Codocente per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“Pediatric Basic Life Support Defibrillation”

di prossima programmazione

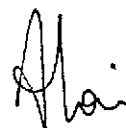
Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### 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, 19/11/2014

Firma





Direzione Generale  
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale  
Area Formazione

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente  
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 PODDA VINICIO nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

di prossima programmazione

Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

**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, 19. M. 2014

Firma [Signature]

29

MA

## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 Sebastiano Patti nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso  
Formativo/Seminario dal titolo:

“Pediatric Basic Life Support Defibrillation”

di prossima programmazione


Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

#### 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, 18/11/2014

Firma



## Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente  
e assenza di conflitti d'interesse**

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

Io sottoscritto MARCELLA FARCI nominato in qualità di

~~Docente~~/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Pediatric Basic Life Support Defibrillation"

di prossima programmazione

Edizione 1: 01/12/2014 ed Edizione 2: 09/12/2014

**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, 18/11/2014

Firma Marcella Farci

31