

Allegato "D"

259

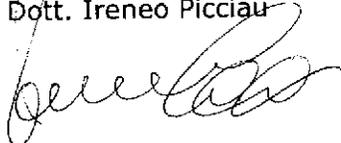
16 MAR. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"Workshop provinciale per operatori di
area critica. Dal trattamento del neuroleso
alla donazione di organi. La donazione di
organi come indicatore di qualità del
management del grave neuroleso"**.

Il presente allegato è composto di n. 160 fogli,
di n. 160 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**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 **CARLO CARCASSI** Responsabile/Direttore della Struttura **GENETICA MEDICA**, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA CRITICA "Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi (La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso)"**

di prossima programmazione,

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

Prof. Carlo Carcassi

Dr. Chirra Cristiano

Prof. D'Aloja Ernesto

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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.

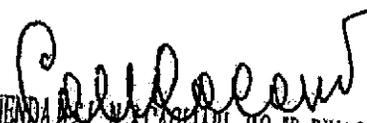
2) **Dichiaro che**, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta **non sussistono da parte mia conflitti di interesse.**

Data, 19/01/2015

Firma e timbro

ASLB
Prot. 2015/20352 del 18/02/2015 ore 14,57
Mitt.: CARCASSI CARLO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015




AZIENDA S.P.A. S.C. GENETICA MEDICA - P.O. "R. BINAGI"
Centro Regionale Trapianti di riferimento
per i trapianti di organi, tessuti e cellule 1/2
Dirigente Responsabile: Prof. Carlo Carcassi

**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 **CARLO CARCASSI** Responsabile/Direttore della Struttura **GENETICA MEDICA**, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA CRITICA "Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi (La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso)"**

di prossima programmazione,

1) **indico quali docenti/codocenti dell'attività formativa in questione**

i Sigg./Dr.

Dott. Francesco Procaccio

Dott.ssa Francesca Piga

Dott.ssa Angela Loi

Dott.ssa Elena Zidda

Dott. Francesco Floris

Dott. Giuseppe Iasiello

Dott. Maurizio Melis

Dott. Paolo Pettinao

Dott.ssa Tiziana Serci

Dott.ssa Rita Pilloni

ASL8
Prot. 2015/20351 del 18/02/2015 ore 14,56
Mitt.: CARCASSI CARLO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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.

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, 19/01/2015

Firma e timbro



AZIENDA U.S.L. N. 8 CAGLIARI - P.O. "R. BINAGHI"
Centro Regionale Trapianti di riferimento
per i trapianti di organi, tessuti e cellule
Dirigente Responsabile: Prof. Carlo Carcassi





Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Janis
21/1/15
lb

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 Dott. GIUSEPPE IASIELLO nominato in qualità di

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

WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA
DIRITTA "DAGLIARI 20 MARZO 2015" AULA THUN

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, 19/01/2015

Firma

l

ASL8
Prot. 2015/7239 del 21/01/2015 ore 09.34
Mitt.: IASIELLO GIUSEPPE

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 17 del 2015



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
Mullinu Becclu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

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 FRANCESCO FLORES nominato in qualità di

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

Workshop provinciale per operatori di area oncologica
del trattamento del neuroleso alla donazione degli organi
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 gennaio 2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15,01
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



Area Formazione
ASL8 Cagliari
Via S. Pietro 10
09100 Cagliari (CA)
Tel. 070 6611100
www.asl8cagliari.it

Area Formazione
ASL8 Cagliari
Via S. Pietro 10
09100 Cagliari (CA)
Tel. 070 6611100
www.asl8cagliari.it

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Co-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 PISA segnata in qualità di

Docente/Co-docente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"MANAGEMENT NEL DIPARTIMENTO D'EMERGENZA
E IN AREA CRITICA"

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, 27/01/2015

Firma
Francesca Pisa

4

ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015

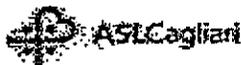


Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Salarjugis
P.I. 02261430928
www.asl8cagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
Via C. Caraglio, 550 c/o GRFP
Mullus, 09047 Cagliari
Fax 070503302
Tel. 0705093800-8881
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

7



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 LITA PILLONI nominato in qualità

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

"WORKSHOP PRODUZIONE PER OPERATORI DI AREA CURATIVA
DAL FINANZIAMENTO DEL MINISTERO ALLA DONAZIONE DEGLI ORGANI"

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,

22.01.2015

Firma

ASL8

Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01

Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.asl8cagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, anc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

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 _____ Dott. Cristiano Chirra _____, nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA CRITICA

Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi

(La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso)

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.

Cagliari, 21 gennaio 2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15:01
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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

9



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 prof. Ernesto d'Aloja nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Workshop provinciale per operatori di area critica. Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi 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, 23/01/2015

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ernesto d'Aloja".

ASL8

Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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

10

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 Maurizio Melis nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA CRITICA 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,

Firma

20.1.2015



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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

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

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

Io sottoscritta **TIZIANA SERCI** nominata in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso
Formativo/Seminario dal titolo:

Workshop provinciale per operatori di area critica

DAL TRATTAMENTO DEL NEUROLESO ALLA DONAZIONE DI ORGANI

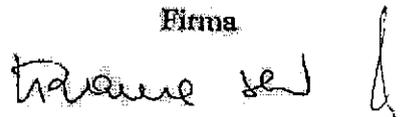
di prossima programmazione

dichiaro

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

Data 20 gennaio 2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I.: 02281430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, ex c/o CRFP
Mulinu Boccio - Cagliari
Fax 0706093262
Tel. 0706093600-6861
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1

12

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 Elena Pasqualina Zidda nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: " Workshop provinciale per operatori di area critica: dal trattamento del neuroleso alla donazione degli organi" 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, *nuovo*

23/1/15

Firma

Elena Zidda

ASL8

Prot. 2015/20353 del 19/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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. 0706093800-6661
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 **ANGELA LOI** nominato in qualità di Docente/Codocente per
l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

WORKSHOP PROVINCIALE PER OPERATORI DI AREA CRITICA
Dal trattamento del neuroleso alla donazione di organi
(La donazione di organi come indicatore di qualità del management del grave neuroleso)

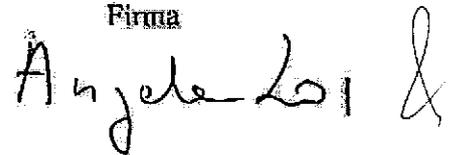
di prossima programmazione

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, 19-01-2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Sotgius
P.J. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Garavaggio, snc c/o CRFP
Mulinu' Becchi - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-8861
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1

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 _____ Francesco Procaccio _____ nominato in qualità di Docente per
l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: __ Workshop per operatori di area critica: dal
trattamento del neuroleso alla donazione di organi.
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,

21/1/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015



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 PETTINAO PAOLO nominato in qualità di

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

Workshop provinciale per operatori di area
critica

di prossima programmazione

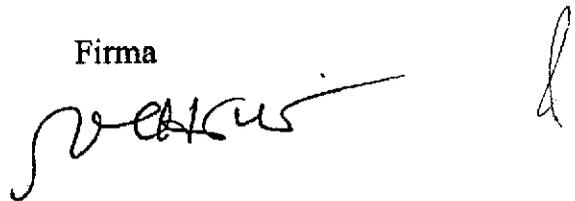
dichiaro

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,

22/01/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/20353 del 18/02/2015 ore 15.01
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 107 del 2015

