

## Allegato "D"

311

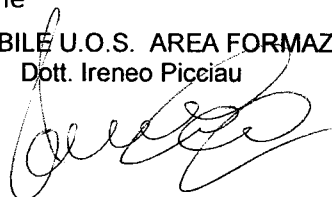
23 MAR. 2015

Indicazione di scelta del docente e dichiarazioni  
di assenza di conflitto di interessi

Progetto Formativo Residenziale  
"L'accreditamento Istituzionale nella  
Diagnostica di Laboratorio: Realizzazione e  
verifica procedure".

Il presente allegato è composto da n° 14 fogli  
di n° 14 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



### Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto **Dr Aldo Monni** Responsabile/Direttore della Struttura  
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,  
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella  
Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione,


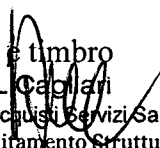
#### indico quale docente dell'attività formativa in questione

il **Dr. Corrias Fernando** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è 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.

Data,

24/02/2013

Firma e timbro  
ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*



### Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto                      Dr Aldo Monni                      Responsabile/Direttore della Struttura

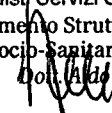
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,  
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella  
Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

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

il **Dr. Luigi Furcas** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è 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.

Data,

21/07/2013

Firma e timbro  
ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditemento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile 



## Indicazione di scelta del docente

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

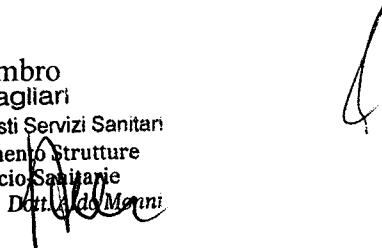
Io sottoscritto **Dr Aldo Monni** Responsabile/Direttore della Struttura  
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,  
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella  
Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

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

la **Dott.ssa Monni M. Vincenza** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale,  
da cui risulta che è 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.

Data, **20/07/2013**

Firma e timbro  
ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditemento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile **Dott. Aldo Monni**



### Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto                      Dr Aldo Monni                      Responsabile/Direttore della Struttura

SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,  
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accREDITAMENTO Istituzionale nella  
Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione,

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

il **Dr. Saiu Antonio** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è 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.

Data,

20 GEN. 2015

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile    Dott. Aldo Monni



## Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Ferdinando Corrias** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

**dichiaro**

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

Data,

**23 GEN. 2015**

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditemento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*

## Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Luigi Furcas** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

**dichiaro**

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

Data,

20 GEN. 2015

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*



## Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dott.ssa Monni Maria Vincenza** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

**dichiaro**

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

Data, **20 GEN. 2015**

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Aldo Monni*





## Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Saiu Antonio** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

**dichiaro**

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

Data,

23 GEN. 2015

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accredimento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile Dott. Aldo Monni



## 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 Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

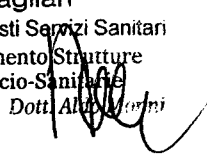
**indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

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

**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, **20 GEN. 2015**

Firma e timbro  
ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*



## 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 **Dr Ferdinando Corrias** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal  
titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica  
procedure 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.

Data, **20 GEN. 2015**

Firma  




## 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)

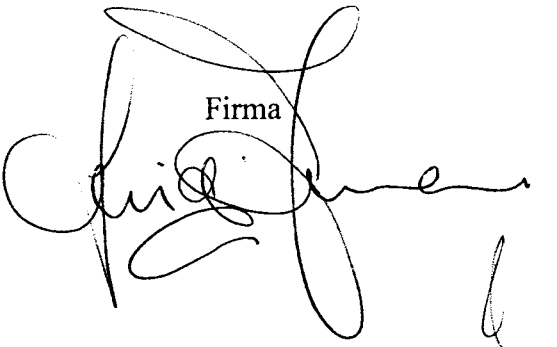
Io sottoscritto **Dr Luigi Furcas** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

**L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure 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.

Data, **23 GEN. 2015**

Firma  


## 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 sottoscritta **Dott.ssa Maria Vincenza Monni** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure 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.

Data, **20 GEN. 2015**

Firma

*Manni Maria Vincenza*

*d*

## 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 **Dr Saiu Antonio** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

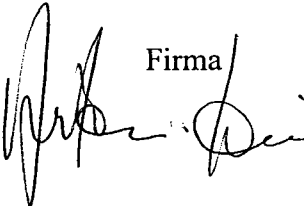
**L'accreditamento Istituzionale nella Diagnostica di laboratorio: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**

**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.

Data,

**23 GEN. 2015**

  
Firma

d