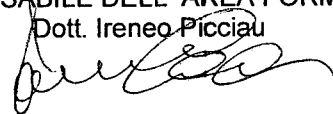


# Allegato "A"

Presenza d'atto  
Approvazione Seminari di Formazione nel Progetto  
"Prevenzione Sardegna.it"  
(periodo dal 20 gennaio 2015 al 28 febbraio 2015)

Il presente allegato è composto  
di n. 12 fogli, di n. 12 pagine

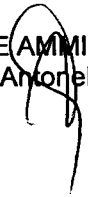
IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 458 DEL 21 APR. 2015


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



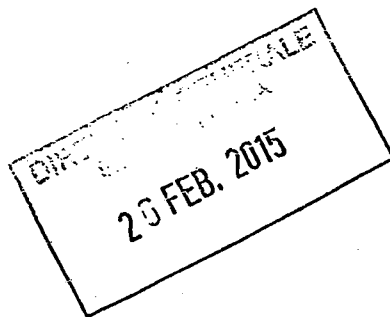
IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



NP/2015/7310  
DEL 25.02.2015



c.a. Commissario Straordinario  
e.p.c. Responsabile ufficio formazione  
Dott.re Ireneo Picciau

Dott.ssa Bernardini  
Dott.ssa Casu

**Oggetto: Integrazione (nota note NP/2015/4616 del 06/02/2015 e NP/2015/1648 del 19/01/2015) richiesta autorizzazione interventi scuole mesi Gennaio e Febbraio**

Con la presente si inoltra copia della richiesta di autorizzazione per lo svolgimento degli interventi presso le scuole legati al progetto Prevenzione Sardegna.it svolti nei mesi di Gennaio e Febbraio.

La spesa sostenuta, relativa al costo del relatore Prof.re Giovanni Biggio, ammonta a € 450,00 relativamente al n. 4.5 ore complessive per un compenso orario pari a € 100,00.

Tale spesa graverà interamente sul progetto Prevenzione Sardegna.it (del. 1255 del 06/09/2012 - cod. SISAR-AMAC 201209)

si allegano nostre note NP/2015/4616 del 06/02/2015 e NP/2015/1648 del 19/01/2015

Cordiali saluti

Il Responsabile del progetto

Dott. Massimo Diana



*- all'ora della funzione  
per le volentieri del caso*

DS

12.03.2015

Dir. 

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: "Prevenzione Sardegna.it scuole "**

**Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? NO**  
**Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante**

Scegliere un elemento.

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO**

**È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI**

**È prevista una quota di partecipazione? NO**

*Se "SI" indicare l'importo € 000,00*

**Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO**

*Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.*

**Numero edizioni previste**

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	20/01/15	28/02/15
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza edizione	/ /	/ /

**N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.**

**Sede di svolgimento**

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

*N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.*

Se sì, indicare l'indirizzo:

**Sede istituti scolastici regionali**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Fare clic qui per immettere testo.**



**Partecipanti**

Numero di partecipanti per edizione 0 Totale Partecipanti 0

- Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL
- Aperto a n. 0 operatori di altre ASL -  Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

**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 Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- 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

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

- Architetto
- Analista
- 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 Personale della Riabilitazione
- 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
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

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

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacia

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Sanità Animale

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati  
 Sanità Animale

Psicologia

Psicoterapia

### Progetto Formativo



Area prevenzione e promozione della salute



Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute



**A - Acquisizione competenze tecnico professionali:**

Fare clic qui per immettere testo.

**B - Acquisizione competenze di processo:**

Fare clic qui per immettere testo.

**C - Acquisizione competenze di sistema:**

Fare clic qui per immettere testo.

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



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

Cognome Diana Nome Estello Massimo

Codice Fiscale DNISLL52C27B745Q Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 27/03/1952

Telefono 0706096300 Cellulare 337815220 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail massimo diana@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore s.c. Servizio per la Dipendenze Competenze gestionali e cliniche



Cognome Cuccu Nome Marcella

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marcellacuccu@asl8cagliari.it

*Handwritten mark*

## Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 12 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>5</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>7</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

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)

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

- Videoproiettore     Computer portatile     Lavagna a fogli mobili     Aula Informatica  
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

4

### FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome Biggio Nome Giovanni

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 24/02/1944

Telefono 0706754131 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4.5 Totale compenso 450

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 0 Totale spesa rimborso pasti 0

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 0 Totale spesa pernottamento €0

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Diana Nome Estello Massimo

Codice Fiscale DNISLI52C27B745Q Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 27/03/1952

Telefono 0706096300 Cellulare 337815220 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail massimo.diana@asl8cagliari.it Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 0 Totale spesa rimborso pasti 0

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 0 Totale spesa pernottamento € 0,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*



**Fonti di finanziamento**

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema     Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
- Sponsor Commerciali     Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

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

**Previdenza voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 450,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 0,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b>		<b>€ 450,00</b>

**La struttura di riferimento**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco        |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                    | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione    |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                         | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                 |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                 | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico          |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe           |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                     | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino         |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie        | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità     |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari         | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze             | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                |

**DIRIGENTE RESPONSABILE DELL'APPLICAZIONE**

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p align="center"><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Massimo Diana</p>
<p align="center"><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>Azienda USL n° 8 - Cagliari IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE <i>Dr. Massimo Diana</i></p>

<b>AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI</b> <b>AREA FORMAZIONE</b>		
<b>31 MAR. 2015</b>		
<b>PRESA IN CARICO</b>		



Servizio per le Dipendenze

NP/2015/ 4616 del 06-02-2015

c.a. Direttore Sanitario

Responsabile Ufficio Stampa

ASL Cagliari

Oggetto: Progetto "Prevenzione Sardegna.it". Prossimi appuntamenti.

Si comunicano i prossimi impegni collegati al progetto o che comunque ci consentono di presentare e pubblicizzare il n. verde.

- Lunedì 09.02.15 – Scuole medie Ussana
- Venerdì 13.02.15 – Elmas "La Promozione delle salute: la prevenzione delle nuove dipendenze", organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale e dalla Prefettura
- Martedì 03.03.15 Nuoro – Mattina Scuole medie inferiori  
Sera Popolazione

Gli eventi si terranno in collaborazione con la ASL di Nuoro e con il patrocinio della Biblioteca "Sebastiano Satta".

- Mercoledì 04.03.15 mattina Siniscola scuole medie inferiori
- Lunedì 09.03.15 Elmas "La Promozione delle salute: la prevenzione delle nuove dipendenze", organizzato dall'Ufficio Scolastico Regionale e dalla Prefettura
- Martedì 23.03.15 Elmas – Mattina Scuole medie inferiori  
Sera Popolazione
- Mercoledì 24.03.15 Muravera – Mattina Scuole medie inferiori  
Sera Popolazione

Stiamo predisponendo, in quanto trattasi di progetto regionale, interventi in altre località della regione, coinvolgendo quando possibile gli Operatori di altri Ser.D.

L'agenzia che si è aggiudicata la gara per la pubblicazione del materiale previsto sarà sempre presente per la consegna di opuscoli e poster informativi.

Sarà presente tra i relatori il Prof. Giovanni Biggio.

È in via di definizione lo spot per il quale in questo momento sono in corso trattative per un testimonial di rilievo.

Per questa ragione ritengo opportuno rinviare ancora la conferenza stampa.

Tutto questo per opportuna conoscenza.

Cordiali saluti

Il Responsabile del Progetto

Dott. Massimo Diana

NP/2015/1648 del 19/01/2015

c.a. Dott.ssa Savina Ortu  
Commissario Straordinario

Dott.ssa Laura Alberti  
Responsabile Ufficio Stampa

Dott. Ireneo Picciau  
Responsabile Ufficio Formazione

ASL Cagliari

**Oggetto:** Comunicazione inizio attività di diffusione opuscoli Progetto "Prevenzione Sardegna.it"

La presente per comunicare che, nell'ambito del progetto finanziato dal Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, sono previsti il 20 e il 22 c.m. due conferenze secondo i programmi allegati presso il liceo di Capoterra.

Per l'occasione verranno distribuite le prime copie dell'opuscolo stampato oggi che oltre a dare informazioni sui danni delle sostanze e a mettere a disposizione tutti i numeri telefonici sia dei Se.D che delle Comunità terapeutiche ha la funzione di veicolare il n° verde del Progetto.

Si ritiene opportuno rinviare la conferenza stampa prevista in quanto la ditta che si è aggiudicata l'appalto non ha ancora approntato il video spot previsto.

Sarà mia cura dare un congruo preavviso per le prossime azioni del progetto.

Si allegano locandina della conferenza di Capoterra e l'opuscolo.

Cordiali saluti

Il Responsabile del Progetto 

Dott. Massimo Diana  


ASL8  
NP.2015/9896 del 18/03/2015 ore 11,03  
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



Al Direttore Sanitario

Sede

**Oggetto:** integrazione (note NP/2015/4616 del 06/02/2015 e NP/2015/1648 del 19/01/2015)  
richiesta di autorizzazione interventi scuole mesi di Gennaio e Febbraio.

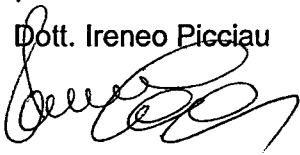
In riferimento alla nota in oggetto, a firma del Responsabile del Ser. D. e per la quale  
la S.V. ha chiesto al sottoscritto una valutazione, si comunica quanto segue:

- La richiesta si riferisce ai corsi di Gennaio e Febbraio e, pertanto, l'autorizzazione avrebbe carattere di presa d'atto;
- L'unica spesa richiesta è relativa al compenso del docente e tale compenso grava sul fondo regionale del Progetto Prevenzione Sardegna.it, di cui il Dottor Diana è Responsabile. Pertanto, tale spesa non produrrà alcun aggravio al budget previsto dall'Azienda per la formazione.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



L. DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

