

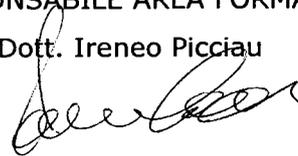
Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Sistema PUA- UVT: strumenti per l'accesso, la valutazione e la pianificazione degli interventi sociosanitari"**.

Il presente allegato è composto di n. ¹⁶ fogli,
di n. ¹⁶ pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



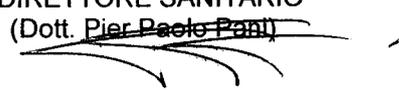
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 961 DEL 31 LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Panti)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura
DIREZIONE DEI SERVIZI Socio SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA-UNT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE
E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

CRISTIANA FLORIS

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, 15.06.2015

ASL Cagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani



**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 Pani Pier Paolo Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA - UPT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

Casu Lisa

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, 15 GIUGNO 2015

Firma e timbro

ASLCagliari

Direzione dei Servizi Socio-Sanitari

IL DIRETTORE

Pier Paolo Pani



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA-UVT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E
LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

FRAU GIUSEPPE

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, 15 GIUGNO 2015.

Firma e **ASL Cagliari**
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani



**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 Pani Pier Paolo Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA-UVI: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

GARAU TULLIO - SULIS ANTONELLA

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, 15 Giugno 2015

Firma e **ASL Cagliari**

Direzione dei Servizi Socio-Sanitari

IL DIRETTORE

Pier Paolo Pani



**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 Pani Pier Paolo Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA - UVF: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE
E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Guiso Rossana

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. 4

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, 15 GIUGNO 2015

Firma e timbro **ASL Cagliari**

ne dei Servizi Socio-Sanitari
(L. DIRETTORE)
Pier Paolo Pani



**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 Pani Pier Paolo Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

SISTEMA PUA-UNI: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

SERRI MANUELA

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, 15 GIUGNO 2015

ASLCagliari
Firma e timbro
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani



Dichiarazione

Accettazione incarico di Responsabile Scientifico 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 PIER PAOLO PANI nominato in qualità di Responsabile

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

SISTEMA PUA-UVI: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE
E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

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, 15 Giugno 2015

Firma



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 PAOLA DAMASE nominato in qualità di

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

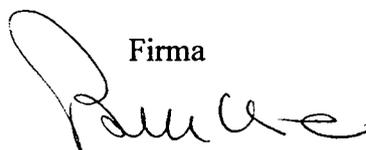
Sistema PUA - UVT: strumenti per l'eccesso, la
valutazione e la prevenzione degli interventi socio-sanitari

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, 07/15

Firma


ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10,03
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 219 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

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 MANUELA MARIA SERCI nominato in qualità di

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

SISTEMA PUA-UVI: strumenti per l'accesso, la valutazione e la
pianificazione degli interventi socio-sanitari

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, 06/07/2015

Firma Manuela Maria Serci

ASL8

Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10,03

Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 219 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 SULLI ANTONELLA nominato in qualità di

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

SISTEMA PUA-URT: STRUMENTI PER L'ACCESSO,
LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI
SOCIO SANITARI
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, 06/07/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10.03
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 219 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 LUISA ANTONIETTI CAT. CASU nominato in qualità di

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

SISTEMA PUA-UNT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

di prossima programmazione

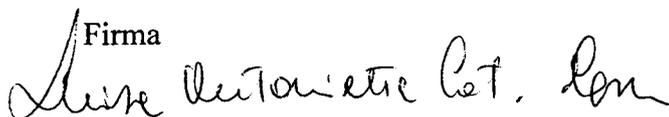
dichiaro

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,

06.07.2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10.03
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 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 ROSSANA GUIFO. nominato in qualità di

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

SISTEMA PUA-UVI: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI STRUMENTI SOCIO-SANITARI

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, 6/7/2015.

Firma Rosso

4

ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10.03
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 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

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 GIUSEPPE TRAU nominato in qualità di

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

SISTEMA DUA - UVI: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE
E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI

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.

A

Data,

Firma

Giuseppe Trau

ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10,03
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 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 TULLIO GARAU nominato in qualità di

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

SISTEMA PUA - UNT STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA
VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSSANITARI

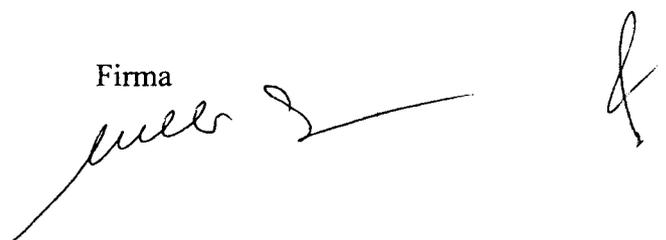
di prossima programmazione

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



ASL8
Prot.: 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10,03
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 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

15

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 FLORIS CRISTIANA nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

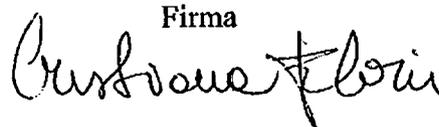
“SISTEMA PUA-UVT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE SOCIOSANITARIA” di prossima programmazione.

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, 22/07/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/81886 del 24/07/2015 ore 10,03
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015

