

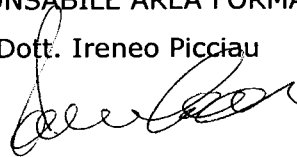
## Allegato "D"

### 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. <sup>16</sup> fogli,  
di n. <sup>16</sup> pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



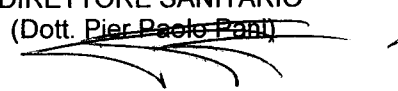
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

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.

Casa 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

**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 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 **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 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.

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

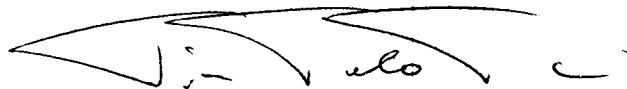
di prossima programmazione

**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:

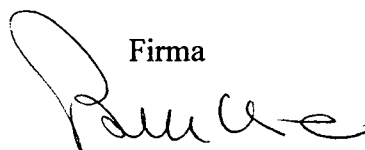
Sistema PVA - UVT: strumenti per l'eccesso, la  
valutazione e la prevenzione degli interventi socio-sanitari

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, 0/7/15

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 ANTONI 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

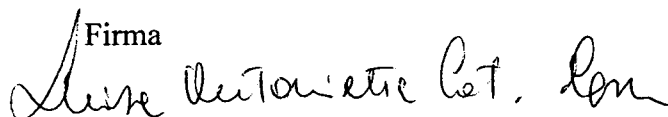
### dichiaro

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 PUA - UVI: 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.

*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

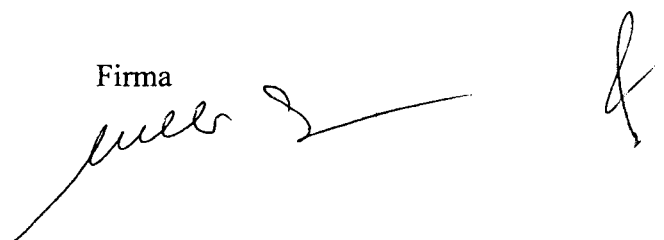
di prossima programmazione

#### 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:

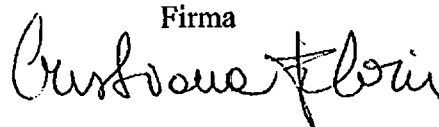
“SISTEMA PUA-UVT: STRUMENTI PER L'ACCESSO, LA VALUTAZIONE E LA PIANIFICAZIONE SOCIOSANITARIA” di prossima programmazione.

**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

