ASLCagliari

# Allegato "D"

953

- 7 SET. 2015

## Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"L'analisi del fabbisogno formativo delle strutture aziendali".**

Il presente allegato è composto di n. 3 fogli,
di n. 3 pagine.

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

# 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 ____Ireneo Picciau_____ Responsabile/Direttore della Struttura

S.S. Area Formazione_____,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'ANALISI DEL FABBISOGNO FORMATIVO DELLE STRUTTURE AZIENDALI.**_____

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. Michele Confalonieri_____

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa 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,

Firma e timbro
IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
*(Dott. Ireneo Picciau)*

ASL8
NP.2015/24459 del 29/07/2015 ore 16:01
Mitt.: Area Formazione
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Dichiarazione

**Accettazione incarico di 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 MICHELE CONFALONIERI_____ nominato in qualità di Docente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **L'ANALISI DEL FABBISOGNO FORMATIVO DELLE STRUTTURE AZIENDALI.**_____

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, 30 luglio 2015

Firma

ASL8
Prot. 2015/93557 del 31/08/2015 ore 11,14
Mitt.: CONFALONIERI MICHELE
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 232 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