

Allegato "D" 1013
25 SET. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"L'organizzazione dei processi e dei
percorsi assistenziali nella casa della
salute".**

Il presente allegato è composto di n.....⁸fogli,
di n...⁸ pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



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 VITALE PUDDU Responsabile/Direttore della Struttura Distretto 3 , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. Anita Frau

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. l

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, 10/07/25

Firma e timbro


Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr. Vitale Puddu)

2

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 Vitale Puddu Responsabile Distretto 3 committente del Corso/Percorso

Formativo/Seminario dal titolo:

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

di prossima programmazione,

1) indico quale docenti dell'attività formativa in questione

Vinicio Gruppioni

Gavino Maciocco

2) Responsabile Scientifico:

Anita Frau

Dei quali 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.

3) 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,
10/07/15

Firma e timbro

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr. Vitale Puddu)

Indicazione di scelta del tutor 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 PUDDU VITALE Responsabile/Direttore della Struttura
DISTRETTO 3, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

di prossima programmazione,

1) indico quale Tutor dell'attività formativa in questione

Maurizio Mezzorani.

di cui ho acquisito e stimato apposito 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 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, 10/07/15

Firma e timbro

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr. Vitale Puddu)

21

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

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

di prossima programmazione

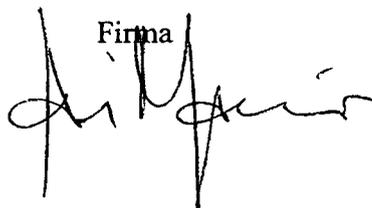
dichiaro

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,

17. VII. 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 _____ Vinicio Gruppioni _____ nominato in qualità

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

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

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, 13/07/2015

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor 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 MAURIZIO MEZZORANI nominato in qualità di Tutor per l'Evento/Percorso
Formativo/Seminario dal titolo:

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute
di prossima programmazione

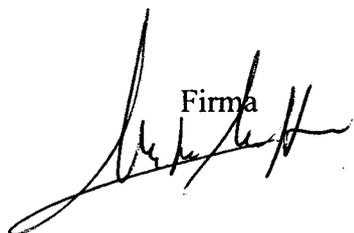
dichiaro

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,

21/02/2015

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 _____ ANITA FRAU _____ nominato in qualità di

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

L'organizzazione dei processi e dei percorsi essenziali nella casa della salute

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,

10/07/15

Firma

