

Allegato "A" 1045

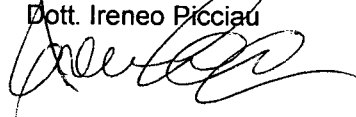
= 1 OTT. 2015

Progetto Formativo Residenziale

"Corso di Aggiornamento in Nefrologia e tecniche Dialitiche".

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli
di n°11 pagine

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



ASL8
NP. 2015/28281 del 18/09/2015 ore 11,51
MITT.: OSPEDALE 'SS. TRINITA'
Ass.: DIREZIONE GENERALE
Class.: 1. Fasc.: 236 del 2015



Al Sig. Commissario Straordinario
Al Sig. Direttore Sanitario
Al Sig. Direttore Amministrativo
e.p.c. Al Sig. Responsabile dell'Area Formazione
Sede

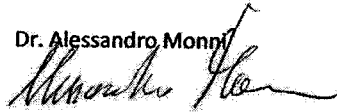
Oggetto: Attivazione Progetto Formativo

Dalla valutazione delle esigenze formative di tutto il personale dell'Unità Operativa afferenti a questo Servizio si è giunti alla conclusione che sia indispensabile incrementare le conoscenze in materia di Nefrologia e tecniche dialitiche. Pertanto si chiede l'attivazione in due edizioni di un progetto formativo dal titolo " Corso di Aggiornamento in Nefrologia e tecniche Dialitiche" utilizzando il budget assegnato all'Unità Operativa ai fini della formazione Specifica.

Si porgono Distinti Saluti

Il Responsabile f.f.

Dr. Alessandro Monni

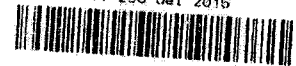


Prot. n° NP 82 del 22/9/2015

Al Responsabile dell'Area Formazione
ASL Cagliari


Oggetto: **Richiesta di attivazione Progetto Formativo**

ASL
NP 2015/28574 del 23/09/2015 ore 10.59
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: I Fasc.: 236 del 2015




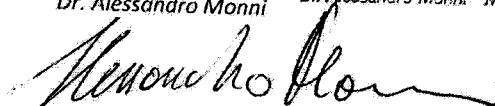
Il sottoscritto Dott. Alessandro Cesare Monni Responsabile f.f. dell'U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O. SS.TT. Cagliari, committente del Progetto Formativo dal titolo: "**Corso di Aggiornamento in Nefrologia e tecniche Dialitiche**", con la presente trasmette ai fini dell'attivazione e dell'Accreditamento ECM i seguenti i seguenti documenti:

- Richiesta attivazione progetto formativo aziendale;
- Programma della giornata formativa;
- Auto indicazione di scelta come docente e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;
- Indicazioni di scelta docente e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;
- Accettazioni incarico di docente e assenza di conflitto di interessi;
- Accettazione incarico di responsabile scientifico e di assenza di conflitto di interessi;
- Questionario ECM.

 ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
**STRUTTURA COMPLESSA
SERVIZIO DIALISI**
Dr. Alessandro Monni - Matr. 50668

Il Responsabile f.f.
U.O. Complessa Nefrologia e Dialisi
Dr. Alessandro Monni

 ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
**STRUTTURA COMPLESSA
SERVIZIO DIALISI**
Dr. Alessandro Monni - Matr. 50668



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " AGGIORNAMENTO IN NEFROLOGIA E TECNICHE DIALITICHE "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
 Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

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 inserire testo.

Numero di edizioni previste 2

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	10/11/2015	19/11/2015	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	11/11/2015	19/11/2015	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a 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. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

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 U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O. SS. Trinità - Cagliari

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Is Mirrionis 92 - 09100

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 30

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/Provati/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 checked="" 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 Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

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

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

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

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area specialità mediche

Obiettivo formativo

Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

in ambito nefrologico per quanto concerne la gestione del paziente acuto, cronico, la gestione del trapianto da vivente, da cadavere e per quanto riguarda tutte le tecniche emodialitiche e di dialisi peritoneale.

B - Acquisizione competenze di processo:

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
EMODIALISI

C - Acquisizione competenze di sistema:

TECNICHE EMODIALITICHE

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

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome SCALAS Nome MARIA ROSA

Codice Fiscale SCLMRS55M44B354X Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/08/1955

Telefono 070-6095950 Cellulare 3282646448 Fax 070-6095947 e-mail mariarosascalas@asl8cagliari.it

Qualifica DIRIGENTE MEDICO Competenze NEFROLOGIA

Referente della segreteria organizzativa

Cognome PILLOSU Nome ISABELLA

Codice Fiscale PLLSLL60B41B354O Telefono 0706095950 Cellulare 3281591596 Fax 0706095947 e-mail isabellapillosu@asl8cagliari.it

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: 7 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>50</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>1</u>	<u>10</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>

Valutazione

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)

Attrezzatura

(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.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome SCALAS Nome MARIA ROSA
Codice Fiscale SCLMRS55M44B354X Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/08/1955
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3282646448 Fax 0706095947 e-mail
MARIAROSASCALAS@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome PILLOSU Nome ISABELLA
Codice Fiscale PLLSLL60B41B354O Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 01/02/1960
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3281591596 Fax 0706095947 e-mail
ISABELLAPILLOSU@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome PATRICELLI Nome PATRIZIA
Codice Fiscale PTRPRZ60H58G922M Luogo di nascita PORTOSCUSO Data di nascita 18/06/1960
Telefono 3486930334 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0706095947 e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome MELIS Nome GIORGIO
Codice Fiscale MLSGRG53T04I647Q Luogo di nascita Serramanna Data di nascita 04/12/1953
Telefono 070944650 Cellulare 3381509135 Fax 0706095947 e-mail giorgiomelis.spea@asl8cagliari.it Qualifica Spec. ambulatoriale asl8
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome ORRU' Nome MAURA
Codice Fiscale RROMRA73C43B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 03/03/1973
Telefono Fare clic qui per immettere testo Cellulare 3498697117 Fax 0706095947 e-mail MAURAORRU.SPEA@ASL8CAGLIARI.IT Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome MONNI Nome ALESSANDRO CESARE
Codice Fiscale MNNLSN54R05A454S Luogo di nascita ARZANA Data di nascita 05/10/1954
Telefono 0706095950 Cellulare 3388189571 Fax 0706095947 e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica DIRIGENTE MEDICO
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
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
È 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 informazioni L. 30/03/2001
- Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

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

Riepilogo voci di spesa del corso

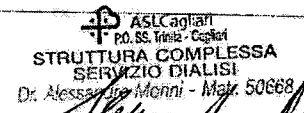
A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 114,80
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 286,95

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <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 checked="" type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> P.O. Businco |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">ALESSANDRO CESARE MONNI</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p align="center">  <i>Alessandro Monni</i> </p>