

Allegato "D"

1049

- 1 OTT. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"La promozione del benessere nelle
professioni d'aiuto"**.

Il presente allegato è composto di n.....⁴ fogli,
di n...⁴ pagine.

IL RESPONSABILE 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 Augusto Contu Direttore della Struttura Dipartimento di Salute Mentale ,
committente del Corso Formativo dal titolo: La promozione del benessere nelle professioni
d'aiuto, di prossima programmazione,

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

le dott.sse Bodano Barbara e Corrias Emilia,

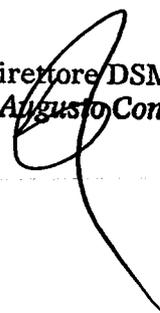
di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in 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, 06/04/2015

Firma e timbro

Il Direttore DSM
Dott. Augusto Contu



ASL8
NP. 2015/29175 del 29/09/2015 ore 14,11
Mitt.: DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP.
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 236 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 sottoscritta Corrias Emilia nominata in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal
titolo: La promozione del benessere nelle professioni d'aiuto,
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,
03.07.2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/104805 del 29/09/2015 ore 14.12
Mitt.: CORRIAS EMILIA TERESA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 236 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 sottoscritta Bodano Barbara nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal

titolo: La promozione del benessere nelle professioni d'aiuto,

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, 03/07/2015

Firma

Barbara Bodano

ASL8
Prot.: 2015/104806 del 29/09/2015 ore 14.13
Mitt.: BODANO BARBARA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 236 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

4