

Allegato "D"

214

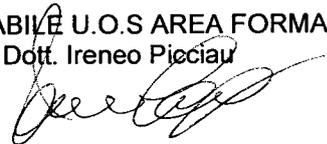
26 FEB. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale
"Supervisione dei trattamenti con Acudetox"

Il presente allegato è composto

di n. 2 fogli, di n. 2 pagine

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



**Auto indicazione di scelta come 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 **Massimo Diana** Direttore della Struttura Complessa Ser.D. 2, committente del Corso dal titolo **"SUPERVISIONE DEI CASI CLINICI COMPLESSI"** di prossima programmazione,

 **indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione**

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

2) Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.

Data, 18.02.2016

Firma e timbro

Azienda Sanitaria di Cagliari
Il Direttore del Ser.D 2
(Servizio per le Dipendenze)
Dott. Massimo Diana

