

Allegato "D"

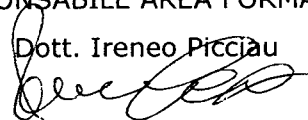
Progetto Formativo

"Autoaggiornamento periodico e discussione di
casi clinici nell'ambito del P.O. Marino –
Gestione del dolore toracico"

Il presente allegato è composto di n. 7 fogli,
di n. 7 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1469 DEL 21 DIC. 2015

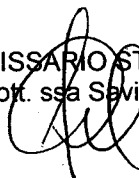
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pierpaolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. ssa Savina Ortu)



**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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura
S.C. Direzione Sanitaria

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto - aggiornamento periodico e discussione
casi clinici nell'ambito del P.O. Marino -
gestione del dolore oncologico.
di prossima programmazione.

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

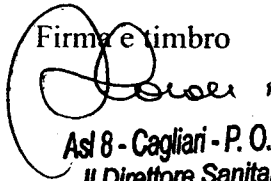
il Sig./Dr.

Dott.ssa Luigella Sulas

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.

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, 13.10.2015

Firma e timbro

Asl 8 - Cagliari - P. O. Marino
Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Sergio Laconi

ASL8
Prot. 2015/111967 del 15/10/2015 ore 12,13
Mitt.: LACONI SERGIO C/O P.O. MARINO

Ass.: Area Formazione
Class.: 1 Fasc.: 242 del 2015



**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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura
S.C. Direzione Sanitaria,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto - aggiornamento periodico e discussione
caso clinici nell'ambito del P.O. Neuro-
gestione del dolore toracico.
di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

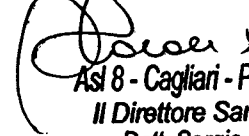
Dott. Pietro Vai

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.

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, 13, 10, 2015

Firma e timbro


Asl 8 - Cagliari - P. O. Marino
Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Sergio Laconi

**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 Dott. Sergio Laconi Responsabile/Direttore della Struttura
S.C. Direzione Sanitaria

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Auto-aggiornamento periodico e discussione casi
clinici nell'ambito del P.O. Marino - gestione
del dolore toracico -
di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

Dott. Luigi Lai

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.

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, 13.10.2015

Firma e timbro


Asl 8 - Cagliari - P. O. Marino
Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Sergio Laconi

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 SULAS LUISELLA nominato in qualità di

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

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,

16/10/2015

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Responsabile Scientifico 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 D. Luigi LA. nominato in qualità di Responsabile

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

CORSO di AGGIORNAMENTO
"IL DOZORS TARASCIO"

di prossima programmazione

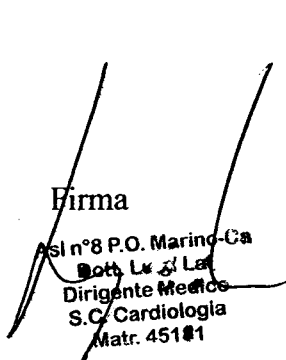
dichiaro

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,

21.10.15

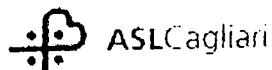
Firma


Asl n°8 P.O. Marino-Ca
Dott. Luigi LA.
Dirigente Medico
S.C. Cardiologia
Matr. 451#1

ASL8
Prot. 2015/114994 del 22/10/2015 ore 12.27
Mitt.: LAI LUIGI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015





Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

ASL8
Prot. 2015/129422 del 01/12/2015 ore 08,49
Mitt.: LAI PIETRO

Ass.: Area Formazione
Class.: 1 Fasc.: 252 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 sottoscritto Dr. LAI PIETRO nominato in qualità di

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

GESTIONE PER POLARIZZAZIONE

CORSO DI AUTOFARMACIA

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.

27/11/2015

Asl n°8 R.D. Marino

S. C. Cardiologia

Diligente Medico

Dr. Pietro Lai - matr. 53939