

Allegato "D"

263

16 MAR. 2016

Progetto Formativo

"Gruppi di covisione nel Dipartimento di Salute
Mentale"

Il presente allegato è composto di n. ³.....fogli,
di n. ³..... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ieneo Picciai



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 Augusto Contu Direttore della Struttura Dipartimento di Salute Mentale, committente del Corso Formativo dal titolo *GRUPPI DI COVISIONE NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE*, di prossima programmazione,

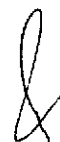
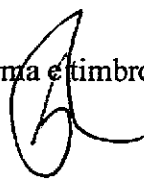
1) **indico quale docente dell'attività formativa in questione**

la Dr.ssa Manca Francesca 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,

Firma e timbro



ASL8
Prot. 2016/16264 del 15/02/2016 ore 12.48
Mitt.: CONTU AUGUSTO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 64 del 2016



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 Augusto Contu nominato in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento Formativo dal titolo: "*GRUPPI DI COVISIONE NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE*"

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,

Firma



ASL8
Prot. 2016/16264 del 15/02/2016 ore 12,48
Mitt.: CONTU AUGUSTO
Ass : Area Formazione
Class. : 1. Fasc. : 64 del 2016



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