

822  
20 LUG. 2016

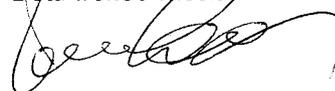
## Allegato "D"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale

**"PREVENZIONE DEL SUICIDIO NELLA POPOLAZIONE DETENUTA:  
IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI FATTORI DI RISCHIO"**

Il presente allegato è composto  
di n. 5 fogli, di n. 5 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S 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 dott.ssa Paola Sanna \_\_\_\_\_ Responsabile/Direttore della Struttura  
Tutela della Salute in carcere \_\_\_\_\_,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Prevenzione del suicidio nella  
popolazione detenuta: identificazione precoce dei fattori di rischio \_\_\_\_\_

di prossima programmazione,

### 1) **indico quali docenti dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr. Pietro Buffa e dott.ssa Anna Loi \_\_\_\_\_

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,

16.06.2016

Firma e timbro

*Paola Sanna*



## 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 BUFFA PIETRO 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, 24.5.2016

Firma



ASL8

Prot. 2016/63940 del 17/06/2016 ore 12:48  
Mitt.: BUFFA PIETRO

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 115 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

14

## Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconferibilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci

Io sottoscritto BUFFA PIETRO, nato a TORINO

il 19.05.1959, interessato all'iscrizione nell'Albo dei Formatori e dei Tutor di codesta ASL 8,

### dichiaro

- 1) che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione di eventuali incarichi di docenza e/o di tutoraggio nelle attività formative dell'ASL 8 di Cagliari, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconferibilità all'assunzione dell'incarico previste dall'ordinamento ed in particolare dalle seguenti norme:
  - n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
  - d. lgs n.33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
  - d. lgs n.39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconferibilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
  - DPR n.62 del 16.04.2013
  - D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod. ed int.;
- 2) che mi impegno a comunicare tempestivamente alla ASL 8 ogni modifica in relazione a quanto dichiarato al punto 1);
- 3) Autorizzo la ASL 8 a trattare ed elaborare i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione a quanto necessario per la costituzione e pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni e dei dati correlati al presente procedimento.

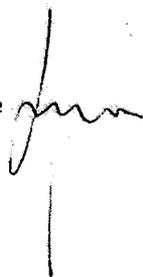
Data. 24.5.2016

Firma 

Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usi n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Data. 24.5.2016

Il Dichiarante 

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 ANNA LOI nominato in qualità di

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

PREVENZIONE del suicidio nella popolazione detenuta - IDENTIFICAZIONE  
precoce dei fattori di rischio

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. 2016/63937 del 17/06/2016 ore 12.47  
Mitt.: LOI ANNA  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 115 del 2016

