

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:

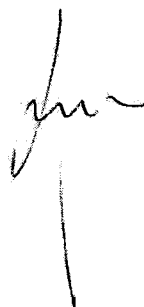
di prossima programmazione

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.

4

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

