

Allegato "A"

823
20 LUG. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi - Metodo Hudolin".**

Il presente allegato è composto da n° 2 fogli
di n° 2 pagine

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



ASL8

NP/2016/ 0018421 del 11/07/2016 ore 09,39

Mittente : Promozione della Salute

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1.5.7.

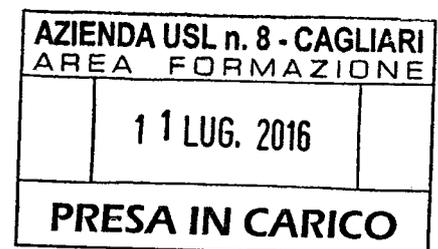


All'Attenzione del Responsabile
Area Formazione Dr. Ireneo Picciau
via Caravaggio ASL Cagliari
Sede

Oggetto: Nota accompagnamento per accreditamento Corso di Sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati e complessi

Con la presente si chiede l'attivazione e l'accREDITAMENTO del Corso in oggetto. A tal proposito si allegano i seguenti documenti:

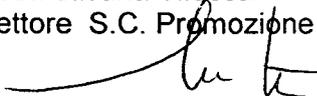
1. Scheda d'attivazione
2. Programma Corso
3. Locandina Corso
4. Scheda iscrizione Corso
5. Questionario valutazione ecm
6. Elenco con indicazione di scelta di docenti/codocenti e tutor
7. Accettazione incarico docenti



8. Accettazione incarico responsabile Scientifico – Carcangiu Giampaolo
9. Accettazione incarico tutor – Cardia Natalina
10. Preventivi docenti, Di Berardino Antonio e Usala Pier Paolo
11. Preventivo Tutor Cardia Natalina,
12. Richiesta preventivo sala
13. Preventivo sala

Cordiali saluti

Dr.ssa Silvana Tilocca
Direttore S.C. Promozione della Salute



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto:** “ *Corso di Sensibilizzazione all’approccio ecologico - sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi* ”**Si richiede l’accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI**
Scegliere una Tipologia dall’elenco sottostante

Corso di aggiornamento

L’evento tratta argomenti inerenti l’alimentazione della prima infanzia? NO**È previsto l’uso della sola lingua italiana? SI****È prevista una quota di partecipazione? NO***Se “SI” indicare l’importo € 000,00***Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO***Se “SI” indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.***Numero di edizioni previste 1**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	12/09/2016	17/09/2016	6 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
2 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	7 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
3 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	8 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
4 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	9 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___
5 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___	10 ^a Edizione	___/___/___	___/___/___

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d’inizio dell’evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento**Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI***N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell’Area Formazione nella fase di accreditamento.*

Se sì, indicare l’indirizzo:

Sede Centro Polivalente Area Tre**Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap)** Cagliari via Carpaccio n 16 09121

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 25 Totale Partecipanti 25

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 20 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 5 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale - Sanitario Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
- Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

Psicologia

Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area prevenzione e promozione della salute

Obiettivo formativo

Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisizione di competenze tecnico – professionali relative all'alcolologia generale, ai problemi alcol correlati e complessi, alla promozione protezione della salute e stili di vita sani

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisizione di competenze relative all'applicazione del metodo e all'operatività nei club algologici territoriali

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisizione di competenze relative all'interrelazione multi professionale e al lavoro di rete territoriale, con particolare attenzione alla promozione e protezione della salute

D – Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

1) Clima di lavoro e comunicazione: Costruzione di una comunicazione ecologica; 2) Conoscenze e competenze tecniche: Sviluppo delle competenze e conoscenze sull'accoglienza e l'orientamento alla soluzione delle problematiche alcol correlate; 3) Metodologie e procedure operative: Sviluppo delle conoscenze relative all'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati e complessi.

E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 dal corso

* i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Carcangiu Nome Giampaolo

Codice Fiscale CRGGPL58H11B354E Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/06/2016

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3388141348 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giampaolocarcangiu@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente medico Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Melis Nome Caterina Anna

Codice Fiscale MLSCRN62A51L924A Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3394768448 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail caterinaannamelis@asl8cagliari.it42

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 40 Minuti: 30

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	12	30
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	2	30
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	11	00
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	4	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	4	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	6	30
Role - Playing	RP	00	00

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE n. 1

Ruolo Docente Esterno

Cognome BASELICE Nome ANIELLO

Codice Fiscale BSLNLL56T09H703F Luogo di nascita Salerno Data di nascita 09/12/1956

Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM Psicoterapia

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza 20:30_ Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 12_ Totale spesa rimborso pasti € 225,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 6_ Totale spesa pernottamento € 420,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 400,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Esterno

Cognome Di Berardino Nome Antonio

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 12/07/1963

Professione ECM Psicologo Disciplina ECM Psicoterapia

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 16:30_ Totale compenso € 600,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 5_ Totale spesa rimborso pasti € 50,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/ n. 3

Ruolo Docente Esterno

Cognome Usala Nome Pierpaolo

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Quartu Sant'Elena Data di nascita 19/02/1954

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia C € 50,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 15:30_ Totale compenso € 100,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 5_ Totale spesa rimborso pasti € 50,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Carta Nome Caterina
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Senorbi Data di nascita 12/02/1961
Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Assistente Sociale
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000_ Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000_ Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Manfredi Nome Andrea
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Cuneo Data di nascita 07/11/1966
Professione ECM Medico Chirurgo Disciplina ECM Psichiatria
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Dirigente Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000_ Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000_ Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome Melis Nome Caterina Anna
Codice Fiscale MLSCRN62A51L924A Luogo di nascita Villacidro Data di nascita 11/01/1962
Professione ECM Psicologo Disciplina ECM Psicoterapia
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Dirigente Psicologo
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000_ Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000_ Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Serra Nome Massimina

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita San Basilio Data di nascita 05/12/1953

Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Infermiere

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000_ Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000_ Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Ballicu Nome Giovanni

Codice Fiscale BLLGNN70C27B354N Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 27/03/1970

Professione ECM Educatore Professionale Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000_ Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000_ Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

TUTOR n. 9

Ruolo Tutor Esterno

Cognome Cardia Nome Natalina

Codice Fiscale CRDNLN50P69I695R Luogo di nascita Sestu Data di nascita 29/09/1950

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Assistente Sociale

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 40_ Totale compenso € 100,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 5_ Totale spesa rimborso pasti € 50,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000_ Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
 Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 986,64
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 420,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 375,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 300,00
E	Spese affitto locali didattici	€ 1.708,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 520,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 4.509,64

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
|--|--|

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	