

Allegato "A"

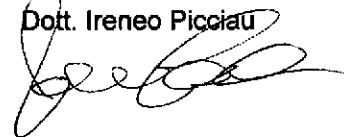
1398
15 NOV. 2016

Presenza d'atto Progetto Formativo Aziendale

"Percorso per favorire l' inserimento e/o reinserimento del bambino con diabete in ambito scolastico"

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli
di n° 11 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1398 DEL 15 NOV. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. ssa Savina Ortu)



Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Percorso per favorire l'inserimento e/o reinserimento del bambino e dell'adolescente con diabete in ambito scolastico "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Attività formativa di aggiornamenti monotematici

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? SI

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 ?

	<u>Data Inizio</u>	<u>Data fine</u>		<u>Data Inizio</u>	<u>Data fine</u>
1 ^a Edizione	<u>15/11/2016</u>	<u>16/11/2016</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>22/11/2016</u>	<u>23/11/2016</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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 Caesar's Hotel

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari Via Darwin 2/4

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 45 Totale Partecipanti 90

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 23 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 63 operatori di altre ASL - Aperto a n. 4 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/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 Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| | <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

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Sviluppo di competenze normative, scientifiche e metodologiche finalizzate al ruolo di Formatore del personale degli Istituti scolastici regionali, coinvolto nel percorso d'inserimento o reinserimento del bambino e dell'adolescente con diabete.

B - Acquisizione competenze di processo:

1. descrivere la struttura del Corso;
2. descrivere il protocollo d'Intesa;

C - Acquisizione competenze di sistema:

3. conoscenza dei principali dati epidemiologici locali;
4. conoscenza delle caratteristiche principali del Diabete in età pediatrica;

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

5. conoscenza del percorso di inserimento scolastico;
6. conoscenza degli elementi principali del percorso, in particolare delle fasi che riguardano gli operatori sanitari

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 09 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 Tilocca Nome Silvana

Codice Fiscale TLCSVN54B54A007Q Luogo di nascita Abbasanta Data di nascita 14/02/1954

Telefono 07047443919 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 07047443872 e-mail dipartimento.prevenzione@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Competenze Organizzazione di molteplici eventi formativi, interaziendali ed extra aziendali, nell'area della promozione della salute, in qualità di formatore e di direttore scientifico.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Santus Nome Simonetta

Codice Fiscale SNTSNT56C57E270D Telefono 0706094706 Cellulare 3346150038 Fax 0706094725 e-mail simonettasantus@asl8cagliari.it

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: 11 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>07</u>	<u>45</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>01</u>	<u>30</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>15</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>01</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>30</u>

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)

Attrezzature

(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/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno
Cognome Frongia Nome Anna Paola
Codice Fiscale FRNNPL54C63H756A Luogo di nascita Samugheo Data di nascita 23/03/1954
Professione ECM Medico Disciplina ECM Pediatria
Telefono _ Cellulare 3358379566 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail annapaolafrongia@aob.it
Qualifica Dirigente medico Diabetologia Pediatria AOB P.O. Brotzu
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 3,00 per edizione Totale compenso € 600,00
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo Docente Esterno
Cognome Ripoli Nome Carlo
Codice Fiscale RPLGRL59P04A944M Luogo di nascita Bologna Data di nascita 04/09/1959
Professione ECM Medico Disciplina ECM Pediatria
Telefono 070883134 Cellulare 3382817911 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail carlo.ripoli@aob.it Qualifica Dirigente medico Diabetologia Pediatria AOB P.O. Brotzu
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 01:15 per edizione Totale compenso € 250,00
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo Docente Esterno
Cognome Scanu Nome Manalera
Codice Fiscale SGNMPP73D66B354G Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 22/04/1973
Professione ECM Medico Disciplina ECM Pediatria
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3475031925 Fax _ e-mail manaleras@gmail.com Qualifica Dirigente medico Pediatria P.O. Sirai Carbonia
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 1:15 per edizione Totale compenso € 250,00
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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 4Ruolo Docente EsternoCognome Milia Nome Anna FrancaCodice Fiscale MLNFR54L57B062R Luogo di nascita Bortigali Data di nascita 17/07/1954Professione ECM Medico Disciplina ECM PediatriaTelefono _ Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3472983082 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mailcarlo.ripoli@aob.it Qualifica Dirigente medico Pediatria P.O. S. Francesco - NuoroInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 01:30 per edizione Totale compenso € 300,00

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

Numero Pasti 001 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 55,58Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 per edizione Totale spesa pernottamento € 220,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 5**Ruolo Docente EsternoCognome Marinaro Nome Anna Maria AngelaCodice Fiscale MRNNMR60B49A192B Luogo di nascita Alghero Data di nascita 09/02/1960Professione ECM Medico Disciplina ECM Pediatria

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

annamarinaro@yahoo.it Qualifica Dirigente medico Clinica Pediatrica AOU SassariInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1:30 per edizione Totale compenso € 300,00

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

Numero Pasti 001 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 55,58Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 per edizione Totale spesa pernottamento € 220,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 6**Ruolo Docente EsternoCognome De Luna Nome Lidia Amelia LucianaCodice Fiscale DLNLME56C701452R Luogo di nascita Sassari Data di nascita 30/03/1956Professione ECM Medico Disciplina ECM PediatriaTelefono _ Cellulare 3381851090 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail ldeluna@asisassari.it QualificaDirigente medico Clinica Pediatrica AOU SassariInquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2:00 per edizione Totale compenso € 200,00

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

Numero Pasti 001 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 55,58Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 001 per edizione Totale spesa pernottamento € 220,00Eventuali spese di mobilità 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 Esterno

Cognome Balbo Nome Verena

Codice Fiscale BLBVNM85B46G580F Luogo di nascita Piazza Armerina Data di nascita 06/02/1985

Professione ECM Psicologo Disciplina ECM

Telefono _ Cellulare 3381351090 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail verena.balbo@meyer.it Qualifica Psicologo Ospedale Pediatrico Meyer Firenze

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 1:15 minuti per edizione Totale compenso € 250,00

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

Numero Pasti 002 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 111,16

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 002 per edizione Totale spesa pernottamento € 440,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 500,00

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

FORMATORE/TUTOR n. 8

Ruolo Docente Esterno

Cognome Deidda Nome Antonina

Codice Fiscale DDDN52H51A380M Luogo di nascita Ardauli Data di nascita 11/06/1952

Professione ECM Infermiera Disciplina ECM

Telefono _ Cellulare 3384573520 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail antoninadeidda@gmail.com Qualifica Infermiera Pediatria AOB

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 45 minuti per edizione Totale compenso € 150,00

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

Numero Pasti 000 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 000,00

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

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

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

FORMATORE/TUTOR n. 9

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Santus Nome Simonetta

Codice Fiscale SNTSNT56C67E270D Luogo di nascita Guspini Data di nascita 17/03/1956

Professione ECM Medico Disciplina ECM

Telefono _ Cellulare 3346160038 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail simonettasantus@asl8caulian.it Qualifica Dirigente medico ASI Caulian

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1,00 per edizione Totale compenso € 41,00

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

Numero Pasti 000 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 000,00

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

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

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

FORMATORE/TUTOR n. 10Ruolo Docente Interno fuori orario di servizioCognome Marras Nome ValentinaCodice Fiscale MRRVNT80T41B354G Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 01/12/1980Professione ECM Medico Disciplina ECMTelefono _ Cellulare 3495477813 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail valentinamarras@asl8cagliari.itQualifica Dirigente medico ASL CagliariInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZAFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza fuori orario di servizio € 41,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1:00 per edizione Totale compenso € 41,00

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

Numero Pasti 000 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 per edizione Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 11**Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizioCognome Palmas Nome Roberto LuigiCodice Fiscale PLMRRT55L11E281M Luogo di nascita Iglesias Data di nascita 11/07/1955Professione ECM Assistente Sanitario Disciplina ECMTelefono _ Cellulare 3478221725 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail robertoluigipalmas@asl8cagliari.itQualifica Assistente sanitario ASL CagliariInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 12:30 per edizione Totale compenso € 645,50

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

Numero Pasti 000 per edizione Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 per edizione Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità 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): P.R.P. 2014-2018 Programma P-1.1 "Una scuola in salute" Determinazione di impegno n°1501 del 28/12/2015 con assegnazione di € 40.382 per attività formative/informative sul Protocollo Regione-Ufficio Scolastico Regionale per l'inserimento/reinserimento del bambino e adolescente con diabete in ambito scolastico, di cui € 20.000 assegnati alla ASL di Cagliari, in qualità di Capofila, per la formazione dei formatori in ambito regionale. Chiave contabile di Progetto ASL Cagliari: N° 201511 "Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria nelle scuole e Prevenzione degli incidenti stradali" Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese sala meeting (tutte le edizioni)	€ 976,00
B	Spese docenza complessive (tutte le edizioni e tutti i docenti)	€ 2.382,00
C	Spese Tutoraggio complessive (tutte le edizioni)	€ 645,50
D	Spese pernottamento/i (tutte le edizioni e tutti i docenti)	€ 1.100,00
E	Spese pasti (tutte le edizioni e tutti i docenti)	€ 277,90
F	Spese mobilità (tutte le edizioni e tutti i docenti)	€ 500,00
G	Spese pernottamento discenti (tutte le edizioni e tutti i discenti)	€ 4.290,00
H	Spese pernottamento gruppo di coordinamento (tutte le edizioni)	€ 440,00
I	Spese pasti discenti (tutte le edizioni)	€ 1.113,60
L	Spese pasti gruppo di coordinamento (tutte le edizioni)	€ 111,16
M	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 197,90
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) A cura dell'Area Formazione		€ 12.039,50

Struttura di appartenenza

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

Conferma di consenso ai sensi 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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>SILVANA TILOCCA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Dott.ssa SILVANA TILOCCA <i>Silvana Tilocca</i></p>