

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Integrazione dei Servizi e delle figure professionali che operano nel campo delle Cura Domiciliari"**.

Il presente allegato è composto di n. ¹⁵ fogli,
di n. ¹⁵ pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

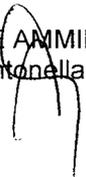
Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 531 DEL - 8 MAG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

GIULIANA MARONGIÙ

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, 16/03/2015

ASLCagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
Firma e timbro **IL DIRETTORE**
Pier Paolo Pani



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

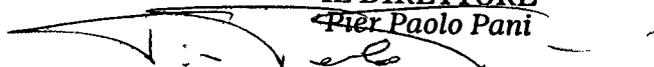
STEPANO PETTI

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, 16/03/2015

ASLCagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
Firma e timbro **IL DIRETTORE**
Pier Paolo Pani



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

GIANCARCO FIORI

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, 16/03/2015

ASLCagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Firma e timbro **Pier Paolo Pani**





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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura DIREZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

1) indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

TULLIO GARAU

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, 16/3/2015

ASLCagliari Direzione dei Servizi Socio-Sanitari IL DIRETTORE Pier Paolo Pani Firma e timbro



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE

OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

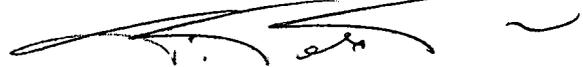
GIUSEPPE FRAU.

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, 16/03/2015

ASLCagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Firma e timbro Pier Paolo Pani



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

ANTIOCO SCANU

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, 16/03/2015

ASLCagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani

Firma e timbro 



**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 PIER PAOLO PANI Responsabile/Direttore della Struttura

DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLA CURA DOMICILIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

ROSALBA DEMARTIS

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, 16/03/2015

ASL Cagliari
Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani

Firma e timbro



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 Marongiu Giuliano nominato in qualità di

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

Integrazione dei servizi e delle figure professionali che operano
nel campo delle Cure Domiciliar.

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, 16/03/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/31129 del 18/03/2015 ore 12,11
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



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 Stefano Patti nominato in qualità di

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

Integrazione dei Servizi e delle figure professionali che operano
nel campo delle Cure Domiciliari

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, 13, 03, 2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/31129 del 18/03/2015 ore 12,11
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



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

10

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 Dott. Gianmarco Fiori nominato in qualità di Docente/Codocente per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLE CURE DOMICILIARI

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, 10/03/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/31129 del 18/03/2015 ore 12,11
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



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 TULLIO SANAU nominato in qualità di

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

Integrazione dei Servizi e delle figure professionali che operano nel campo delle Cure Domiciliari.

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, 03/03/15

Firma



ASL8
Prot. 2015/31129 del 10/03/2015 ore 12,11
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



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 FRAU GIUSEPPE nominato in qualità di

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

Integrazione dei Servizi e delle figure professionali che operano nel campo delle Cure Domiciliari

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.

A

Data, 03/03/2015

Firma

Giuseppe Frau

ASL8
Prot. 2015/31129 del 18/03/2015 ore 12,11
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 155 del 2015



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 Antonio Scamù nominato in qualità di

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

INTEGRAZIONE DEI SERVIZI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI
CHE OPERANO NEL CAMPO DELLE CURSÈ DOMICILIARI

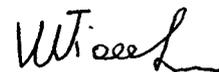
di prossima programmazione

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, 18/03/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/31271 del 18/03/2015 ore 14,21
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1.



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 MARIA ROSALBA DEMARTIS nominato in qualità di

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

INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO E DELLE FIGURE PROFESSIONALI CHE
OPERANO NEL CAMPO DELLA CURA DOMICILIARI

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, 17/03/2015

Firma


ASL8
Prot. 2015/31271 del 18/03/2015 ore 14,21
Mitt.: VARI FORNITORI
Ass.: Area Formazione
Class.: 1.

