

## Allegato "E"

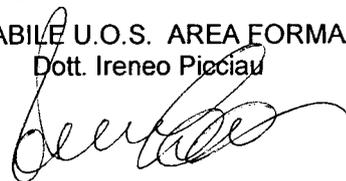
Indicazione di scelta del docente e dichiarazioni  
di assenza di conflitto di interessi

Progetto Formativo Residenziale

**"Accreditamento Istituzionale nel  
Dipartimento del Farmaco: Realizzazione e  
verifica procedure".**

Il presente allegato è composto da n° 5 fogli  
di n°5 pagine

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



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

-N. 585 DEL 14 MAG, 2015

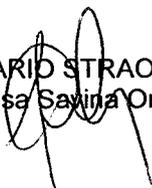
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pani)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



**Indicazione di scelta del Docente 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 Aldo Monni Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo: *Accreditemento Istituzionale nel Dipartimento del farmaco: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

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

il Dr Luigi Furcas 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, 11 FEB. 2015

Firma e timbro  
ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisiti Servizi Sanitari  
SSD Accreditemento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dr. Aldo Monni*



**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 Aldo Monni Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo: *Accreditamento Istituzionale nel Dipartimento del farmaco: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

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

il **Dott. Maria Vincenza Monni** 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, 11 FEB. 2015

Firma e timbro

ASL Cagliari  
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari  
SSD Accreditamento Strutture  
Sanitarie e Socio-Sanitarie  
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente 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 Furcas Luigi nominato in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

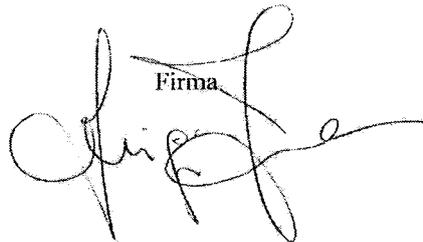
*Accreditamento Istituzionale nel Dipartimento del farmaco: Realizzazione e verifica procedure*

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, 11 FEB. 2015

Firma  


*A*

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente  
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)

La sottoscritta Monni Maria Vincenza nominata in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

*Accreditamento Istituzionale nel Dipartimento del farmaco: Realizzazione e verifica procedure*  
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, 11 FEB. 2015

Firma

*Monni Maria Vincenza*

*A*