


Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei Percorsi clinico organizzativi nella ASL 8 di Cagliari"**.

Il presente allegato è composto di n...7...fogli,
di n...7... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1162 DEL 28 SET. 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 CANNAS PAOLO Responsabile/Direttore della Struttura PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: _

Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei Percorsi clinico organizzativi assistenziali della ASL 8 di Cagliari di prossima programmazione,

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

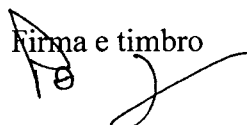
il Sig./Dr. ZAVATTARO NICOLA FRANCESCO

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,

28/7/2015

Firma e timbro


ASL8
Prot. 2015/88556 del 11/08/2015 ore 07.29
Mitt.: CANNAS PAOLO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



**Indicazione di scelta del tutor
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 CANNAS PAOLO Responsabile/Direttore della Struttura
PROVAZIONE E CONTROLLO,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ACCOMPAGNAMENTO DEI PROFESSIONISTI NELL'IMPLEMENTAZIONE
DEL PROCESSO CLINICO SCIENTIFICO - ASSIST. ALLA ARL 3 DI CAEL

di prossima programmazione,

1) indico quale Tutor dell'attività formativa in questione

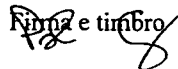
il Sig./Dr.

TIOU LUCA

di cui ho acquisito e stimato apposito 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 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, 30/07/2015

Firma e timbro




**Indicazione di scelta del tutor
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 CANNAS PAOLO Responsabile/Direttore della Struttura

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ACCREDITAMENTO DEI PROFESSIONISTI NELL'IMPLEMENTAZIONE
DEI PERCORSI CURRICOLI ASSISTENZIALI DELLA ASL 9 A CAGLIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

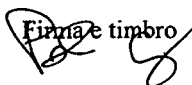
ROBERTO CINTA

di cui ho acquisito e stimato apposito 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 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,

30/07/2015

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)

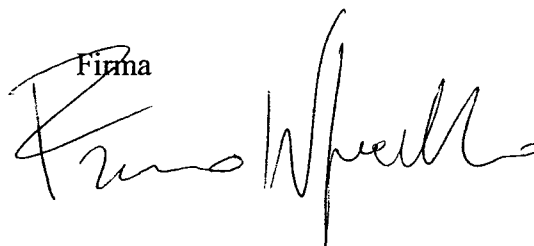
Io sottoscritto ZAVATTARO NICOLA FRANCESCO nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accompagnamento dei professionisti nell'implementazione dei Percorsi clinico organizzativi assistenziali della ASL 8 di Cagliari** di prossima programmazione

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,

28/7/2015

Firma


ASL8
Prot. 2015/88563 del 11/08/2015 ore 07,45
Mitt.: ZAVATTARO FRANCESCO NICOLA

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor 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 PORCEDDU CINZIA nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ACCOMPAGNAMENTO DEI PROFESSIONISTI NELL'IMPLEMENTAZIONE
DEI PERCORSI CLINICO ORGANIZZATIVI ASSIST. DELLA ASL 8 CAGLIARI

di prossima programmazione

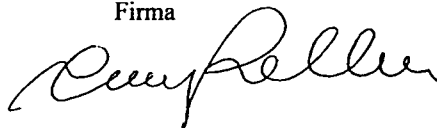
dichiaro

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,

30/07/2015

Firma



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



Dichiarazione

**Accettazione incarico di Tutor
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 LUCIA TIDU nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ACCOMPAGNAMENTO DEI PROFESSIONISTI NELL'IMPLEMENTAZIONE
DEL PERCORSO CLINICO ORGANIZZ. ASSISI DELLA ASL 8 CAGLI.

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, 30/07/2015

Firma


ASL8
Prot. 2015/88561 del 11/08/2015 ore 07,44
Mitt.: TIDU LUCIA

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 232 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