

Allegato "D"

1078

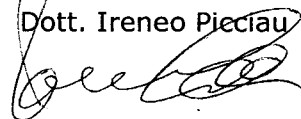
12 OTT. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"La progettazione sociosanitaria e il lavoro
di rete. Percorsi
clinico/diagnostici/assistenziali/riabilitativi.
Profili di assistenza – profili di cura".**

Il presente allegato è composto di n...⁵...fogli,
di n...⁵... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**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 Pietrina Lepori Responsabile della Struttura Anziani, Disabili, Soggetti Fragili ,
committente del Percorso Formativo dal titolo:

La progettazione sociosanitaria e il lavoro di rete

Percorsi clinico/diagnostici/assistenziali/riabilitativi. Profili di assistenza - profili di cura

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il 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, 15/07/2015

ASL Cagliari
Distretto Sociosanitario
CAGLIARI - AREA VASTA
U.O.C. Anziani Disabili e
Soggetti Fragili
IL RESPONSABILE
Dott.ssa Pietrina Lepori

ASL8
Prot.: 2015/80272 del 21/07/2015 ore 09,59
Mitt.: LEPORI PIETRINA

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



**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 Pietrina Lepori Responsabile della Struttura Anziani, Disabili, Soggetti Fragili ,
committente del Percorso Formativo dal titolo:

La progettazione sociosanitaria e il lavoro di rete

Percorsi clinico/diagnostici/assistenziali/riabilitativi. Profili di assistenza - profili di cura

di prossima programmazione,

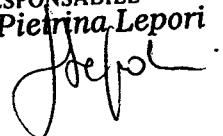
1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

la Dr.ssa Rosalba Demartis 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, 15/07/2015

ASL Cagliari
Distretto Sociosanitario 1
CAGLIARI - AREA VASTA
U.O.C. Anziani Disabili e
Soggetti Fragili
IL RESPONSABILE
Dott.ssa Pietrina Lepori



ASL8
Prot. 2015/80272 del 21/07/2015 ore 09,59
Mitt.: LEPORI PIETRINA
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



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 Giuseppe Frau nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

La progettazione sociosanitaria e il lavoro di rete

Percorsi clinico/diagnostici/assistenziali/riabilitativi. Profili di assistenza - profili di cura

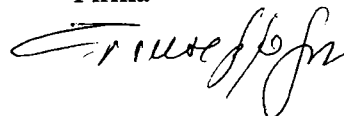
di prossima programmazione

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, 15/07/2015

Firma



ASL8
Prot. 2015/80275 del 21/07/2015 ore 10,02
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 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

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 sottoscritta Rosalba Demartis nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

**La progettazione sociosanitaria e il lavoro di rete
Percorsi clinico/diagnostici/assistenziali/riabilitativi. Profili di assistenza - profili di cura**
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, *fatta salva l'autorizzazione da parte del proprio Ente di appartenenza al quale viene richiesta specifica presenza -*

Data, 15/07/2015

Firma

Rosalba Demartis

ASL8
Prot. 2015/80275 del 21/07/2015 ore 10.02
Mitt.: VARI FORNITORI

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



5