

Allegato "D"

436
19 APR. 2016

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

Progetto Formativo Residenziale
**"Lavorare efficacemente in team
multifunzionali".**

Il presente allegato è composto da n°3 fogli di
n° 3 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. 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 Maria Francesca Ibba Direttore della Struttura Area Nursing, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: Lavorare efficacemente in Team Multifunzionali

di prossima programmazione,

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

il Dr. Michele Confalonieri

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.

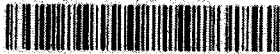
2) Dichiaro che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse.

Data,

Firma e timbro

Dott.ssa M. Francesca Ibba
Direttore S.C. Area Nursing 

ASLB
N° 2016/6312 del 07/03/2016 ore 11.39
M.U. Area Nursing
Ass. Area Formazione
Class. 1 Fasc. 00 del 2016



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 Michele Confalonieri nominato in qualità di Docente per l'Evento/Percorso
Formativo/Seminario dal titolo: Lavorare efficacemente in Team Multifunzionali, 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 2/3/2016

Firma


ASL8
Prot. 2016/24245 del 07/03/2016 ore 11.41
Ritit: CONFALONIERI MICHELE
Ass.: Area Formazione
Class.: 1, Fasc.: 00 del 2016



Sede Fiscale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero Della Francesca, 1
09047 Celeneghe
P.I. 02887450909
www.asl8cagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Celeneghe, via dei CRFP
Mura Boccia - Cagliari
Pec: 0700003002
Tel. 070550000-4001
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1