

Allegato "D"

441

19 APR. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale *"Dipendenza patologica e Craving"*

Il presente allegato è composto
di n. 5 fogli, di n. 5 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 DR. ANTONIO CANU, Direttore della Struttura complessa Servizio Dipendenze

Quartu Sant'Elena, committente del Corso dal titolo:

DIPENDENZA PATOLOGICA E CRAVING

di prossima programmazione,

indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione

il Dr. ONOFRIO CASCIANI

il Dr. ALESSANDRO EMILIANO VENTO

la Dr.ssa ORNELLA DE LUCA

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale 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.

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, 11.03.2016

Firma e timbro
ASL CAGLIARI
DISTRETTO QUARTU/PARTEOLLA
IL DIRETTORE DEL SERD DI QUARTU S.E.
Dott. Antonio CANU

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 dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto DR. CASCIANI ONOFRIO nominato in qualità di Docente/Codocente per il
Percorso Formativo dal titolo: DIPENDENZA PATOLOGICA E CRAVING
di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione del
corruzione.

Data, 07/03/2016

Firma 

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 sottoscritta DR.SSA DE LUCA ORNELLA nominata in qualità di Docente/Codocente per il

Percorso Formativo dal titolo:

DIPENDENZA PATOLOGICA

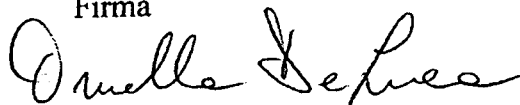
di prossima programmazione

dichiaro

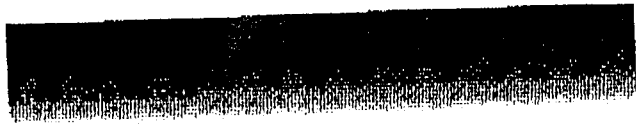
di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 7/3/2016

Firma



4



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 DR. VENTO ALESSANDRO EMILIANO nominato in qualità di

Docente/Codocente per il Percorso Formativo dal titolo:

DIPENDENZA PATOLOGICA E CRAVING

di prossima programmazione

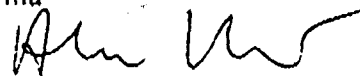
dichiaro

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.

d

Data, 04/03/16

Firma



ASL8
Prot. 2016/24230 del 07/03/2016 ore 11,32
Mitt.: VENTO ALESSANDRO EMILIANO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 80 del 2016

