

1114

20 OTT. 2016

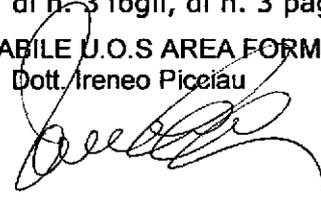
Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale

***“Realizzazione della Procedura dei percorsi di gestione delle pratiche protesica-ortetica-ausili nell’ottica della semplificazione orientata all’utenza nel distretto*”**

Il presente allegato è composto
di n. 3 fogli, di n. 3 pagine

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



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 Marisa Putzu Responsabile/Direttore della Struttura Distretto 3, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Realizzazione della Procedura dei percorsi di gestione delle pratiche protesica-ortetica- ausili nell'ottica della semplificazione orientata all'utenza

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr. Vinicio Gruppioni

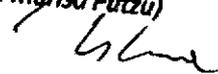
di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in 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, 9/2/16

Firma e timbro

Il Responsabile f.f.
UOC Distretto 3 Quartu-Parteolla
(Dr.ssa Marisa Putzu)





Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 Vinicio Gruppioni nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

Realizzazione della Procedura dei percorsi di gestione delle pratiche protesica-ortetica- ausili nell'ottica della semplificazione orientata all'utenza

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, 8/9/2016

Firma

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430826
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mufinu Becciu - Cagliari
Fax 0705093202
Tel. 0708093500-5561
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1