

1179  
- 9 NOV. 2016

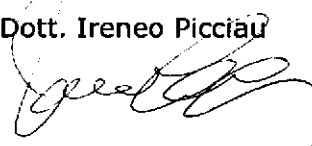
Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:  
**"Assistenza Sanitaria per intensità di cura:  
esperienze a confronto"**.

Il presente allegato è composto di n...<sup>4</sup>...fogli,  
di n...<sup>4</sup>... pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Piccià





**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)

La sottoscritta Ibba Maria Francesca Direttore della Struttura S.C. Area Nursing, committente del Corso Formativo dal titolo "Assistenza Sanitaria per intensità di cura: esperienze a confronto" di prossima programmazione,

**1) indico quali docenti dell'attività formativa in questione**

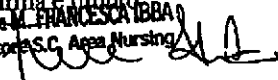
il Dott. Paolo Zoppi

la Dott.ssa Maria Mongardi

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  


## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

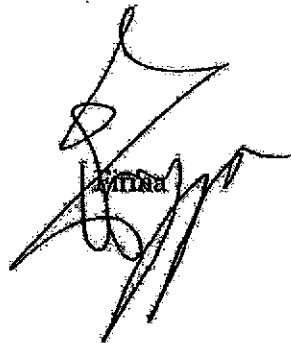
(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Paolo Zoppi nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:  
Assistenza Sanitaria per intensità di cure: la risposta organizzativa ai reali bisogni del paziente  
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,  
5/9/16





ASL8  
Prot. 2016/109253 del 17/10/2016 ore 09,25  
Mitt.: ZOPPI PAOLO

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Sede Postale Area Formazione  
ASL 8 Cagliari  
Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius  
P.I. 02267430926  
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione  
via Caravaggio, snc c/o CRFP  
Mufinu Becciu - Cagliari  
Fax 0706093202  
Tel. 0706093800-8961  
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1

## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente/Co 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)

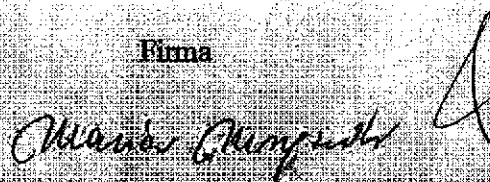
Io sottoscritto Maria Mongardi nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:  
**"Assistenza Sanitaria per intensità di cura: esperienze a confronto"**  
di prossima programmazione

**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: 1 ottobre 2016

Firma



ASL8  
Prot. 2016/109254 del 17/10/2016 ore 09,26  
Mitt.: MONGARDI MARIA

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016

