

1180

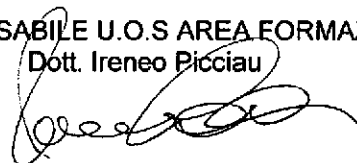
- 9 NOV. 2016

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"La riabilitazione respiratoria nel paziente ricoverato in ospedale"***

Il presente allegato è composto
di n. 6 fogli, di n. 6 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 Merella Marisa Direttore della Struttura Recupero e Rieducazione Funzionale – P.O. SS. Trinità, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: La riabilitazione respiratoria del paziente ricoverato in ospedale

di prossima programmazione,

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

il Sig. Scanu Ornella

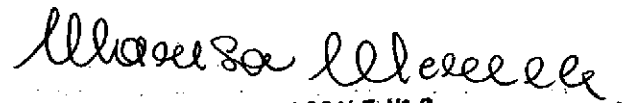


di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in 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, 21/10/2016

Firma e timbro



AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8
OSPEDALE S. TRINITÀ - CAGLIARI
SERVIZIO DI RECUPERO
E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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 Merella Marisa Direttore della Struttura Recupero e Rieducazione Funzionale – P.O. SS. Trinità, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: La riabilitazione respiratoria del paziente ricoverato in ospedale di prossima programmazione,

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

il Sig. Farris Donatella

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, 21/10/2016

Firma e timbro



AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 8
OSPEDALE SS. TRINITA' - CAGLIARI
SERVIZIO DI RECUPERO
E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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 Merella Marisa Direttore della Struttura Recupero e Rieducazione Funzionale – P.O. SS. Trinità, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: La riabilitazione respiratoria del paziente ricoverato in ospedale

di prossima programmazione,

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


il Sig. Tosi Ignazio

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, 21/10/2016

Firma e timbro



ASL CAGLIARI
OSPEDALE SS. TRINITÀ
SERVIZIO DI RECUPERO
E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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 Merella Marisa Direttore della Struttura Recupero e Rieducazione Funzionale – P.O. SS. Trinità, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: La riabilitazione respiratoria del paziente ricoverato in ospedale di prossima programmazione,

 **indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione**

la Dott.ssa Maxia Annalisa

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.

 **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, 21/10/2016

Firma e timbro



AZIENDA OSPEDALIERA
OSPEDALE CO. TRINITÀ
SERVIZIO DI RECUPERO
E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

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)

I sottoscritti Maxia Annalisa, Tosi Ignazio, Farris Donatella, Scanu Ornella nominati in qualità di Docenti per l'Evento formativo dal titolo: "La riabilitazione respiratoria nel paziente ricoverato in ospedale", di prossima programmazione

dichiariamo

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

Cagliari, 10/10/2016

Firma

