

Allegato "D"

367

31 MAR. 2015

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

Progetto Formativo Residenziale
**"Accreditamento Istituzionale nella
Medicina Iperbarica: Realizzazione e
verifica procedure".**

Il presente allegato è composto da n°14 fogli
di n° 14 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto **Dr Aldo Monni** Responsabile/Direttore della Struttura

SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale
nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

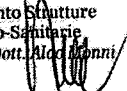
indico quale docente dell'attività formativa in questione

il **Dr. Corrias Fernando** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

Data,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO	

Firma e timbro
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditemento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*



Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto **Dr Aldo Monni** **Responsabile/Direttore della Struttura**

SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo Accreditamento Istituzionale
nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,

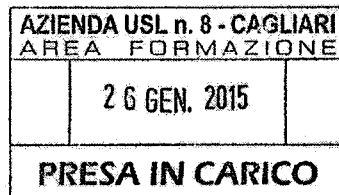
indico quale docente dell'attività formativa in questione

il **Dr. Luigi Furcas** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

Data,

Firma e timbro

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile *Dr. Aldo Monni*



Indicazione di scelta del docente

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


Io sottoscritto **Dr. Aldo Monni** **Responsabile/Direttore della Struttura**
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale
nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

indico quale docente dell'attività formativa in questione

la **Dott.ssa Monni M. Vincenza** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale,
da cui risulta che è una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e
in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali
recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

Data,

Firma e timbro
ASLCagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditemento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile **Dott. Aldo Monni**



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO		

Indicazione di scelta del docente

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

Io sottoscritto **Dr Aldo Monni** Responsabile/Direttore della Struttura

SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale
nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

indico quale docente dell'attività formativa in questione

il **Dr. Saiu Antonio** di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale, da cui risulta che è una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

Data,

Firma e timbro
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile **Doct. Aldo Monni**

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO		

**Indicazione di scelta del docente
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 Aldo Monni Responsabile/Direttore della SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica:Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione,**

indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione


valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta **non sussistono da parte mia conflitti di interesse**, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.

Data,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO		

Firma e timbro
ASLCagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile Dott. Aldo Monni



Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

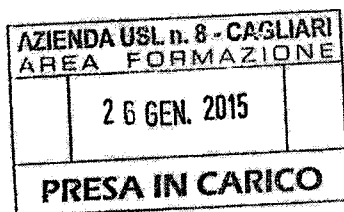
(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditemento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Ferdinando Corrias** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

dichiaro

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

Data,



Firma e timbro
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditemento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile Dott. Aldo Monni



Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

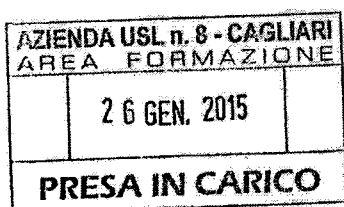
(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Luigi Furcas** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

dichiaro

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

Data,



Firma e timbro

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accredimento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile *Dot. Aldo Monni*

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Setargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure** di prossima programmazione, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dott.ssa Monni Maria Vincenza** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

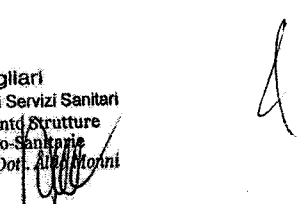
dichiaro

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

Data,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO		

Firma e timbro
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accredimento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile **Dot. Aldo Monni**



Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.J. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse nella scelta del docente

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

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accredimento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**, avendo indicato quale docente dell'attività formativa in questione il **Dr. Saiu Antonio** di cui ho acquisito, valutato e comparato apposito curriculum professionale,

dichiaro


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

Data,

Firma e timbro

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
26	GEN, 2015
PRESA IN CARICO	

ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accredimento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile Dott. Aldo Monni



Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse

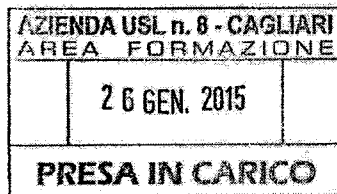
(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto **Dr Ferdinando Corrias** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal
titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica
procedure di prossima programmazione**

dichiaro

che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di
quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,



Firma




Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse

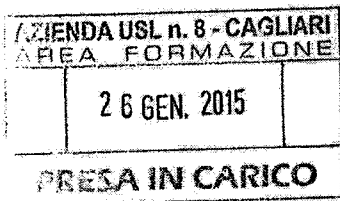
(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

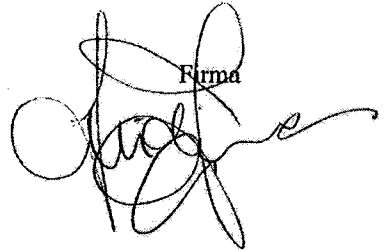
Io sottoscritto **Dr Luigi Furcas** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione

dichiaro

che non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,



Firma


Dichiarazione di 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 **Dott.ssa Maria Vincenza Monni** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure di prossima programmazione**

dichiaro

che **non sussistono da parte mia conflitti di interesse** rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO		

Firma

Maria Vincenza Monni



Dichiarazione di 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)

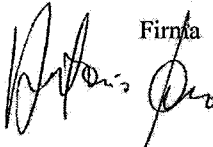
Io sottoscritto **Dr Saiu Antonio** Docente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
Accreditamento Istituzionale nella Terapia Iperbarica: Realizzazione e verifica procedure
di prossima programmazione

dichiaro

che **non sussistono** da parte mia conflitti di interesse rispetto alla docenza in questione, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
26 GEN. 2015	
PRESA IN CARICO	

Firma




Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1