

Allegato "D"

368

31 MAR. 2015

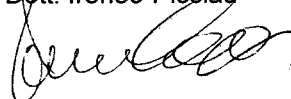
Indicazione di scelta del docente e dichiarazioni
di assenza di conflitto di interessi

Progetto Formativo Residenziale
**"Accreditamento Istituzionale nel Pronto
Soccorso: Realizzazione e verifica
procedure"**.

Il presente allegato è composto da n°10 fogli
di n° 10 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciat



**Auto indicazione di scelta come 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 **Aldo Monni** Responsabile **SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari** committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: *Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

1) indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione

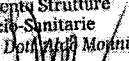
valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013.

2) **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	
24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO	

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



**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 Aldo Monni Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo:

Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Dr. Ferdinando Corrias 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,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO	

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



**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 Aldo Monni Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo: *Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il **Dr Luigi Furcas** 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,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO	

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
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)

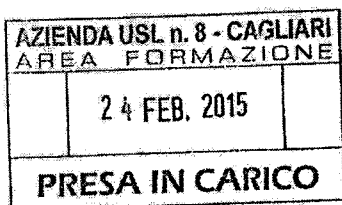
Io sottoscritto **Aldo Monni** Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo: *Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione


il Dott.ssa Maria Vincenza Monni 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
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile Dott. Aldo Monni



**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 Aldo Monni Responsabile SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Percorso Formativo dal titolo: *Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure* di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Dr Antonio Saiu 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,

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI	
AREA FORMAZIONE	
24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO	

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



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)

Il sottoscritto Corrias Ferdinando nominato in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure
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,

Firma



AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	24 FEB. 2015	
PRESA IN CARICO		

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 Furcas Luigi nominato in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure

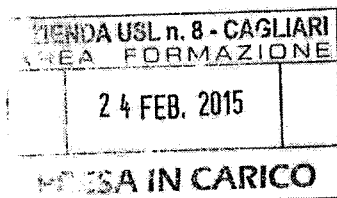
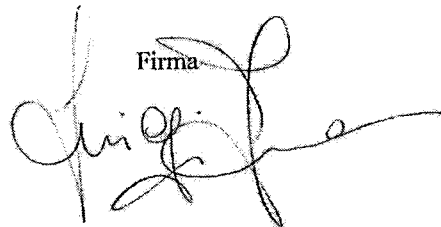
di prossima programmazione

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,

Firma



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)

La sottoscritta **Maria Vincenza Monni** nominato in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure

di prossima programmazione

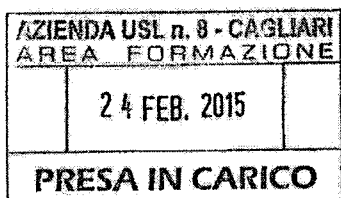
dichiaro

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,

Firma

Maria Vincenza Monni



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 Sañu Antonio nominato in qualità di Docente del Percorso Formativo dal titolo:

Accreditamento Istituzionale nel Pronto Soccorso: Realizzazione e verifica procedure

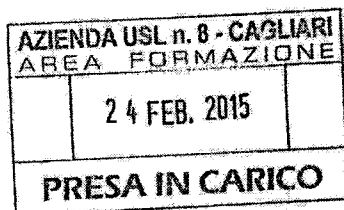
di prossima programmazione

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,

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