ASLCagliari

1

688
16 GIU. 2015

# Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:

## *"Il trattamento dell'alcolismo e l'integrazione tra Servizi"*

Il presente allegato è composto
di n. 9 fogli, di n. 9 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S AREA FORMAZIONE f.f.
Dott. ssa Marisa Udella

ASLCagliari

U.O DIPENDENZE

## 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 Estello Massimo Diana Direttore della Struttura Ser.D. 1 di Cagliari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI" 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.

**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, CAGLIARI 22.04.2015

Firma e timbro

ASLCagliari

# Indicazione di scelta dei docenti 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 Estello Massimo Diana Responsabile/Direttore della Struttura Ser.D.1 di Cagliari , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI"

di prossima programmazione,

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

la dott.ssa Graziella Boi, il dott. Roberto Ganga, il Prof. Giovanni Biggio, la dott.ssa Mercedes Masia tutti qui i docenti gratuiti di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale, tranne che per il dott. Ganga e la dott.ssa Masia per i quali si è richiesta nomina diretta da parte del Commissario Straordinario, 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

**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, Cagliari-22-04-2015

Firma e timbro

Azienda USL n° 8 - Cagliari
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
PER LE DIPENDENZE
*Dr. Massimo Diana*

ASLCagliari

U. O. DIPENDENZE

# 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 Estello Massimo Diana Responsabile/Direttore della Struttura Ser.D. 1 di Cagliari ,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI" di prossima programmazione,

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

la dott.ssa Rosalba Cicalò 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, Cagliari, 22-04-2015

Firma e timbro

Azienda USL n° 8 - Cagliari
DIRETTORE DEL SERVIZIO
PER LE DIPENDENZE
Dr. Massimo Diana

S

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

# 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 Giovanni Biggio nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI" 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, 21/04/2015

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

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 [illegible] nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

IL TRATTAMENTO DELL'ALCOOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI (CD)

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, 21/4/2015

DSM ASLCagliari
Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici Alcol-Correlati
Gruppo Operativo per le Dipendenze da alcol, tabacco e gioco d'azzardo
Direttore: Dottssa Graziella Boi

*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

7

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

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 Rosalba Cicalò nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI"

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, 28/04/15

Firma
Rosalba Cicalò

*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

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo o Valutazione del Personale
Area Formazione

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 Roberto GANGA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CORSO: IL TRATTAMENTO DELL'ALCOOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI

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, 4-05-2015

Firma

Dott. ROBERTO GANGA
DIRETTORE S.C. MEDICINA 1
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

*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

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

# 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 Mercedes Masia nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: "IL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO E L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI" 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, 6/05/2015

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@aslcagliari.it