

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Approccio riabilitativo multidisciplinare nelle cervicalgie".**

Il presente allegato è composto di n. ³...fogli,
di n. ³... pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**Indicazione di scelta del docente/codocente per agenzia formativa
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 Dott.ssa Giovanna Cao Responsabile/Direttore della Struttura U.O. Servizio e Recupero Funzionale P.O. Marino committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Approccio riabilitativo multidisciplinare nelle cervicalgie** di prossima programmazione,

1) indico quale fornitore l'agenzia formativa: Fisio Corsi Formazione in Terapia Manuale Rieducazione Posturale in quanto:

- la stessa possiede ottimi requisiti nell'ambito delle tecniche di terapia manuale nelle patologie della colonna vertebrale e nella riabilitazione e rieducazione posturale delle stesse;
- nel portafoglio docenti della stessa è presente il dott. Zidda Italo che, come risulta dal CV nel sito aziendale, è esperto in terapia manuale della colonna cervicale, ha svolto attività didattica nei seguenti ambiti: varie aziende ospedaliere (anche regionali) per cui ritengo, sulla base degli elementi in mio possesso, che offra, unitamente all'esperienza nella formazione offerte dalla agenzia medesima, adeguate garanzie di professionalità;
- ritengo che detta scelta sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico e didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, come risulta dal preventivo di spesa allegato.

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.

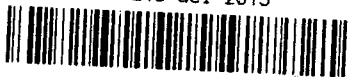
Data, 10.7.15

Firma e timbro

Giovanna Cao
Asl n°8 P.O. Marino
Dott.ssa Giovanna Cao - Matr. 5410
Responsabile SSD
"Recupero e Riabilitazione Funzionale"

ASL8
Prot. 2015/81036 del 23/07/2015 ore 08.06
Mitt.: CAO GIOVANNA

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



Dichiarazione di accettazione dell'incarico e di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconferibilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci

FISIOCORSI S.C.ar.l., e il suo legale rappresentante Corbanese Jean Jacques Eden, individuata da codesta ASL 8 quale fornitrice del Percorso Formativo dal titolo: "Approccio riabilitativo multidisciplinare nelle cervicalgie" che si terrà a Cagliari nei giorni 20 e 21 novembre 2015

dichiara

di avere ricevuto, tramite e-mail, il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato dalla ASL Cagliari con Deliberazione n.70 del 24.01.2014 (d'ora in poi anche "Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari") integrativo e specificativo delle norme, in esso integralmente riportate, del D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n° 165" (d'ora in poi chiamato anche "Codice Generale"), pertanto dichiaro di ben conoscere le disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013 e mi impegno ad osservarle ed a farle osservare ai miei dipendenti, collaboratori, consulenti, subappaltatori e altri soggetti comunque coinvolti nell'esecuzione della prestazione oggetto del presente contratto.

di accettare che il contratto di incarico di docenza si intende automaticamente risolto, ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., in caso di mancato rispetto degli obblighi di cui alle disposizioni del Codice di comportamento dipendenti ASL Cagliari e del Codice Generale di cui al D.P.R. n. 62 del 04.06.2013"

che, anche ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione dell'incarico di docenza, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconferibilità all'assunzione dell'incarico previste da:

- n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- d. lgs n.33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
- d. lgs n.39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconferibilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR n.62 del 16.04.2013
- D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod. ed int.

Data, 28/07/2015

Firma



Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge e dei regolamenti della ASL 8.

Data, 28/07/2015

Il Dichiarante

