ASLCagliari

927
11 AGO. 2015

Allegato "A"

Progetto Formativo Residenziale

"Percorso di formazione nel Blocco operatorio: dalla teoria alla pratica".

Il presente allegato è composto da n° 12 fogli di n°12 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

ASLCagliari

Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari

Prot. n. NP/2015/23840

Cagliari, 22 LUG. 2015

Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione

UOC Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Area Formazione
Sede

Io sottoscritto Dr Aldo Monni Responsabile della SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari committente del seguente Progetto Formativo dal titolo:

- ***Percorso di formazione nel Blocco Operatorio:dalla teoria alla pratica***

Chiede che venga attivato e accreditato ecm e con la presente si trasmette il seguente materiale didattico:

- Richieste attivazione Progetto formativo Residenziale
- Programma della giornata
- Indicazione di scelta del docente e assenza di conflitti di interesse
- Accettazione incarico di docente e assenza conflitti interesse
- Accettazione incarico di responsabile scientifico

Cagliari,

Responsabile SSD Accreditamento Istituzionale
Dr. Aldo Monni

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

Asl Cagliari
Sede legale: Via Logudoro, 17 09126 Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari
Via Tigellio, 21 – 1° Piano - Cagliari
Tel. 070-6096820 – fax 070/6096908
e-mail accreditamentoistituzionale@asl8cagliari.it
Responsabile: Dott. Aldo Monni

ASLCagliari

Servizio Proponente SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e socio Sanitari

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: *"Percorso di formazione nel Blocco operatorio: dalla teoria alla pratica"*

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NO

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo **€** 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste 1

	Data Inzio	Data fine
Prima edizione	27/10/2015	27/10/2015
Seconda edizione	/ /	/ /
Terza edizione	/ /	/ /

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? NO

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Fare clic qui per immettere testo.

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Fare clic qui per immettere testo.

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 **Totale Partecipanti** 50

☒ Riservato agli operatori del Servizio proponente - ☐ Aperto a n. 20 operatori di altri Servizi ASL

☐ Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo. operatori di altre ASL - ☐ Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- ☐ **Medico Chirurgo**
- ☐ **Farmacista**
- ☐ Biologo
- ☐ Chimico
- ☐ Fisico
- ☐ **Veterinario**
- ☐ Odontoiatra
- ☐ **Psicologo**
- ☐ Assistente Sanitario
- ☐ Dietista
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Educatore Professionale
- ☐ Igienista Dentale
- ☐ Infermiere
- ☐ Infermiere pediatrico
- ☐ Logopedista
- ☐ Ortottista/Assistente di oftalmologia
- ☐ Ostetrica/o
- ☐ Podologo
- ☐ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- ☐ Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- ☐ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- ☐ Tecnico Audiometrista
- ☐ Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- ☐ Tecnico Audioprotesista
- ☐ Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- ☐ Tecnico di Neurofisiopatologia
- ☐ Tecnico Ortopedico
- ☐ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- ☐ Terapista Occupazionale
- ☒ Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- ☐ Architetto
- ☐ Analista
- ☐ Assistente Amministrativo
- ☐ Assistente Religioso
- ☐ Assistente Tecnico
- ☐ Ausiliario Specializzato
- ☐ Avvocato
- ☐ Coadiutore Amm.vo
- ☐ Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- ☐ Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- ☐ Collaboratore Tecnico - Professionale
- ☐ Collaboratore Professionale – Sanitario Personale della Riabilitazione
- ☐ Collaboratore Professionale - Sanitario
- ☐ Commesso
- ☐ Direttore Amministrativo
- ☐ Direttore dei Servizi Sociali
- ☐ Direttore Generale
- ☐ Dirigente Amministrativo
- ☐ Geologo
- ☐ Infermiere Generico
- ☐ Infermiere Psichiatrico
- ☐ Ingegnere
- ☐ Massofisioterapista
- ☐ Odontotecnico
- ☐ Operatore Socio-Sanitario
- ☐ Operatore Tecnico
- ☐ Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- ☐ Operatore Tecnico Specializzato
- ☐ Ottico
- ☐ Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- ☐ Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- ☐ Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- ☐ Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- ☐ Programmatore
- ☐ Puericultrice
- ☐ Sociologo
- ☐ Statistico
- ☐ Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- ☐ *Allergologia ed immunologia Clinica*
- ☐ *Anatomia Patologica*
- ☐ *Anestesia e Rianimazione*
- ☐ *Angiologia*
- ☐ *Audiologia e Foniatria*
- ☐ *Cardiochirurgia*
- ☐ *Cardiologia*
- ☐ *Chirurgia Generale*
- ☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*
- ☐ *Chirurgia Pediatrica*
- ☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*
- ☐ *Chirurgia Vascolare*
- ☐ *Continuità Assistenziale*
- ☐ *Dermatologia e Venereologia*
- ☐ *Ematologia* pediatrico
- ☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*
- ☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*
- ☐ *Gastroenterologia*
- ☐ *Genetica Medica*
- ☐ *Geriatria*
- ☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
- ☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*
- ☐ *Laboratorio di Genetica Medica*
- ☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*
- ☐ *Malattie Infettive*
- ☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*
- ☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*
- ☐ *Medicina dello Sport*
- ☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
- ☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*
- ☐ *Medicina Interna*
- ☐ *Medicina Legale*
- ☐ *Medicina Nucleare*
- ☐ *Medicina Termale*
- ☐ *Microbiologia e Virologia*
- ☐ *Nefrologia*
- ☐ *Neonatologia*
- ☐ *Neurochirurgia*
- ☐ *Neurofisiopatologia*
- ☐ *Neurologia*
- ☐ *Neuropsichiatria Infantile*
- ☐ *Neuroradiologia*
- ☐ *Oftalmologia*
- ☐ *Oncologia*
- ☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*
- ☐ *Ortopedia e Traumatologia*
- ☐ *Otorinolaringoiatria*
- ☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*
- ☐ *Pediatria*
- ☐ *Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)*
- ☐ *Psichiatria*
- ☐ *Psicoterapia*
- ☐ *Radiodiagnostica*
- ☐ *Radioterapia*
- ☐ *Reumatologia*
- ☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*
- ☐ *Urologia*
- ☐ *Ginecologia e Ostetricia*
- ☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
- ☐ *Biochimica Clinica*
- ☐ *Chirurgia Toracica*
- ☐ *Endocrinologia*
- ☐ *Medicina fisica e riabilitazione*
- ☐ *Medicina Trasfusionale*
- ☒ Tutte le discipline

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

☐ *Farmacia Ospedaliera* ☐ *Farmacia Territoriale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- ☐ *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*
- ☐ *Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati*
- ☐ *Sanità Animale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

☐ *Psicologia* ☐ *Psicoterapia*

Progetto Formativo

Area tematica

Area specialità chirurgiche

Obiettivo formativo

Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie

*Finalità**

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire conoscenze e competenze specifiche tecniche e professionali in grado di assicurare la gestione ottimale del percorso chirurgico con particolare riferimento al momento intraoperatorio

B - Acquisizione competenze di processo:

La finalità principale, riferita alle competenze di processo, si integra con la diffusione dei contenuti relativi all'accreditamento e a tutti gli aspetti della qualità (documentazione, procedure,linee guida e protocolli, istruzioni operative,percorsi clinico assistenziali) del Blocco Operatorio della ASL di Cagliari.

C - Acquisizione competenze di sistema:

La finalità principale, riferita alle competenze di sistema, è quella di acquisire maggior conoscenza dei processi clinici assistenziali del Blocco Operatorio divulgando le procedure ad essi collegate. Queste procedure sono strumenti idonei che mirano a promuovere il miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento all'efficienza, eficaccia,appropriatezza e sicurezza degli specifici processi presi in considerazione.

**** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento***

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Monni Nome Aldo
Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959
Telefono 070/6096818 Cellulare 3284958704 Fax 070/6096908 e-mail aldomonni@asl8cagliari.it
Qualifica Dirigente medico Competenze Responsabile SSD

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Furcas Nome Luigi
Telefono 070/6096854 Cellulare 3669121500 Fax 070/6096908 e-mail luigifurcas@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione **Ore:** 8 **Minuti:** 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	00	00
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	6	45
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	00	00
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	15
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	0	00
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	00	00
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	0	00
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	00	00
Role - Playing	RP	00	00

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

☐ *Questionario (allegare il modello)* ☒ *Prova orale (allegare le domande)* ☐ *Esame pratico (allegare la descrizione)* ☐ *Prova scritta (allegare la descrizione)* ☐ *Project work (allegare la descrizione)* ☐ *Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

☒ *Videoproiettore* ☒ *Computer portatile* ☐ *Lavagna a fogli mobili* ☐ *Aula informatica*

☐ *Altro (specificare)* Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Monni** Nome **Aldo**
Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959
Telefono 070/6096816 Cellulare 3284958704 Fax 070/6096908 e-mail aldomonni@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0 Totale compenso € 0,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Corrias** Nome **Ferdinando**
Codice Fiscale CRRFDN53T03D443L Luogo di nascita Esterzili Data di nascita 03/12/1953
Telefono 070/6096814 Cellulare 3665612331 Fax 070/6096908 e-mail ferdinandocorrias@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0 Totale compenso € 0,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Furcas** Nome **Luigi**
Codice Fiscale FRCLGU60M30L521O Luogo di nascita Uta Data di nascita 30/08/1960
Telefono 070/6096854 Cellulare 3669121500 Fax 070/6096908 e-mail luigifurcas@asl8cagliari.it Qualifica Infermiere
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1:30 Totale compenso € 8,46
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Monni** Nome **Maria Vincenza**
Codice Fiscale MNNMVN62A44B274J Luogo di nascita Burcei Data di nascita 04/01/1962
Telefono 070/6096853 Cellulare 3669121264 Fax 070/6096908 e-mail mariavincenzamonni@asl8cagliari.it
Qualifica Infermiera
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1:30 Totale compenso € 8,46
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Ottonello** Nome **Roberto**
Codice Fiscale TTNRRT55A11B354J Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 11/01/1955
Telefono ---------- Cellulare ---------- Fax ---------- e-mail robertoottonello@asl8cagliari.it
Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 6

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Floris** Nome **Vittorio**
Codice Fiscale FLRVTR55A02B354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 02/01/1955
Telefono 070 485783 Cellulare 3331387448 Fax 070 6094467 e-mail vittoriofloris@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Puliga** Nome **Angela**
Codice Fiscale PLGNGL59P67F840P Luogo di nascita Narbolia Data di nascita ----------
Telefono 0706095969 Cellulare ---------- Fax ---------- e-mail angelapuliga@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Serra** Nome **Luciano**
Codice Fiscale SRRLCN53D17B354Z Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 17/04/1953
Telefono 070 6095347 Cellulare 368550046 Fax 070 6095352 e-mail lucianoserra@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 9

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Pisanu** Nome **Giovanni Maria**
Codice Fiscale PSNGNN55A29H507D Luogo di nascita ROMANA Data di nascita 29/01/1955
Telefono 070 6095149 Cellulare 3391017861 Fax 070 728754 e-mail giovannimariapisanu@asl8cagliari.it
Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 10

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Murgia** Nome **Antonello**
Codice Fiscale MRGNNL57L221707L Luogo di nascita SEULO Data di nascita 22/07/1957
Telefono 070 6097758 Cellulare 3294105628 Fax ---------- e-mail antonellomurgia57@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 11

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Chirra** Nome **Cristiano**
Codice Fiscale _____ Luogo di nascita -------- Data di nascita ----------
Telefono ---------- Cellulare ---------- Fax ---------- e-mail cristianochirra@asl8cagliari.it Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0:30 Totale compenso € 4,10
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 12

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Arcadu** Nome **Paola**
Codice Fiscale _____ Luogo di nascita -------- Data di nascita ----------
Telefono ---------- Cellulare ---------- Fax ---------- e-mail paolaarcadu@asl8cagliari.it Qualifica Coord Infermieristico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 5,64_Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1 Totale compenso € 5,64
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 13

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Massessi** Nome **Rosanna**
Codice Fiscale MSSRNN63R52L998M Luogo di nascita villaputzu Data di nascita 12/10/63
Telefono ---------- Cellulare 3385286386 Fax ---------- e-mail rosannamassessi@asl8cagliari.it Qualifica Coord. Infermieristico
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 5.64
docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0,30 Totale compenso € 2,82
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 14

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Mastino** Nome **Franca Rita**
Codice Fiscale MSTFNC69L46L924L Luogo di nascita Villacidro Data di nascita 06/07/1969
Telefono 0706094341 Cellulare ---------- Fax ---------- e-mail francaritamastino@asl8cagliari.it Qualifica Infermiera
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 5.64
docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0,30 Totale compenso € 2,82
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 15

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Moi** Nome **Anna Maria**
Codice Fiscale MOINMR71C68B354N Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 28/03/1971
Telefono 0706094388 Cellulare 3335797896 Fax ---------- e-mail annamariamoi@asl8cagliari.it
Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni Dirigenza
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 8.20
docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0,30 Totale compenso € 4,10

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 16

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Piludu** Nome **Arianna**
Codice Fiscale PLDRNN71L43H118B Luogo di nascita Quartu S.Elena Data di nascita 03/07/1971
Telefono ---------- Cellulare 3478188673 Fax ---------- e-mail ariannapiludu@asl8cagliari.it
Qualifica Infermiera
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 5.64
docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0,30 Totale compenso € 2,82
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 17

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Abis** Nome **Patrizia**
Codice Fiscale BSAPRZ63P51G207R Luogo di nascita Pabillonis Data di nascita 11/09/1963
Telefono ---------- Cellulare 3337897709 Fax 070 6095854 e-mail patriziaabis@asl8cagliari.it
Qualifica Infermiera
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 5.64
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE n. 18

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome **Lai** Nome **Luigi**
Codice Fiscale Luogo di nascita Data di nascita
Telefono ---------- Cellulare Fax e-mail luigilai@asl8cagliari.it
Qualifica Medico
Inquadramento CCNL Formatori interni Dirigenza
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno comparto in orario di servizio € 8,20
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☒ Formazione strategica e Formazione di sistema ☐ Formazione specifica

☐ Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.

☐ Sponsor Commerciali ☐ Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐Sì ☐No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 59,72
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM	€ 172,15
	Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)	**€ 231,87**

Macrostruttura di appartenenza

☐ Coordinamento distretti
☐ D.A. Servizi amministrativi
☐ D.A. Servizi tecnico logistici
☐ Centrale Operativa 118
☐ Dipartimento Emergenza Urgenza
☐ Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
☐ D.G. Staff
☒ DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
☐ Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
☐ Dipartimento Dipendenze
☐ Dipartimento Farmaco
☐ Dipartimento Prevenzione
☐ Dipartimento Salute Mentale
☒ P.O. Marino
☐ P.O. Microcitemico
☐ P.O. San Giuseppe
☒ P.O. San Marcellino
☒ P.O. Santissima Trinità
☐ P.O. Binaghi
☒ P.O. Businco

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*