ASLCagliari

945

- 1 SET. 2015

Allegato "D"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
"La gestione del paziente con insufficienza renale- Corso interattivo specialista- Medico di Medicina Generale".

Il presente allegato è composto da n° 11 fogli di n° 11 pagine

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

ASLCagliari

U. O. _____

Indicazione di scelta del tutor
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 PIERGIORGIO BOLASCO Responsabile/Direttore della Struttura S.C. TERRITORIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI QUARTU S.E.,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

di prossima programmazione,

1) **indico quale Tutor dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr.

ZEDDA RITA

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale 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, 23/6/15

Firma e timbro

dott. Piergiorgio Bolasco
Direttore S.C. Territoriale
Nefrologia e Dialisi
ASL Cagliari

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor
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 ZEDDA RITA nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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, 23/6/15

Firma Rita Zedda

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

U. O. _____

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 PIERGIORGIO BOLASCO Responsabile/Direttore della Struttura S.C. TERRITORIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI - QUARTU S.E.,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. ssa

CARIA SIMONETTA

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, 23/6/15

Firma e timbro

dott. Piergiorgio Bolasco
Direttore S.C. Territoriale
Nefrologia e Dialisi
ASL Cagliari

ASLCagliari

U. O. _____

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 PIERGIORGIO BOLASCO Responsabile/Direttore della Struttura S.C. TERRITORIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI - QUARTU S. ELENA,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. SSA

CARIA STEFANIA

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, 23/6/15

Firma e timbro

dott. Piergiorgio Bolasco
Direttore S.C. Territoriale
Nefrologia e Dialisi
ASL Cagliari

ASLCagliari

U. O. _____

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 Dr. Piergiorgio Bolasco Responsabile/Direttore della Struttura S.C. Territoriale di Nefrologia e Dialisi Quartu S.E.,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. SSA

CONGAS GABRIELLA

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, 03/6/2015

dott. Piergiorgio Bolasco
Direttore S.C. Territoriale
Nefrologia e Dialisi
ASL Cagliari

Firma e timbro

ASLCagliari

U. O. _____

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 DR. PIERGIORGIO BOLASCO Responsabile/Direttore della Struttura S.C. TERRITORIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI - QUARTU S.E.,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

MURTAS STEFANO

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, 23/6/15

Firma e timbro

dott. Piergiorgio Bolasco
Direttore S.C. Territoriale
Nefrologia e Dialisi
ASL Cagliari

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 CARIA SIMONETTA nominato in qualità di

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

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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, 23/6/15

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda U.S.L. n° 8 di Cagliari
S.C. Territoriale di Nefrologia e Dialisi
Il Dirigente Medico Nefrologo
Dott.ssa Simonetta Caria

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 CARIA STEFANIA nominato in qualità di

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

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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, 23/6/15

Firma
SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda USL n° 8 di Cagliari
Unità Operativa Territoriale di Nefrologia e Dialisi
Il Dirigente Medico Nefrologo
Dott.ssa Stefania Caria
(Matr. 52533)

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 CONCAS GABRIELLA nominato in qualità di

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

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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.

Azienda USL n. 8 di Cagliari - Regione Sardegna
Unità Operativa Terr.le di Nefrologia e Dialisi
Il Dirigente Medico Nefrologo
Dott.ssa Gabriella Concas (Matr. 51518)

Data, 23/6/15

Firma

Gabriella Concas

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 MURTAS STEFANO nominato in qualità di

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

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE
CORSO INTERATTIVO SPECIALISTA - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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, 23/6/15

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda USL n° 8 di Cagliari
Unità Operativa Terriziale di Nefrologia e Dialisi
Responsabile Struttura Semplice - Quartu S. Elena
Dott. Stefano Murtas
(matr. 50643)