

# Allegato "D"

973

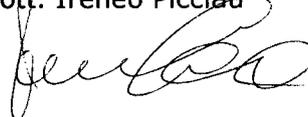
15 SET. 2015

## Approvazione Evento Formativo Aziendale: **"Corso di Aggiornamento sul Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali DSM5".**

Il presente allegato è composto di n. 5 fogli,  
di n. 5 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



**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 LAURA MARIA TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura  
UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO 1 ASL 8

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL MANUALE  
DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI DSM-5

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

PROF. ALESSANDRO ZUDDAS

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  
Distretto Sociosanitario 1  
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile  
IL DIRETTORE f/f  
Dott.ssa Laura Maria Tedde

2

**Indicazione di scelta del Docente o Codocente e dichiarazione assenza di conflitto di interessi**

*Sostituto*  
*[Signature]*

(Ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci)

ASLCagliari  
Distretto Sociosanitario 1  
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile  
IL DIRETTORE f/f  
Dott.ssa Laura Maria Tedde

Io sottoscritto LAURA MARIA TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura

UOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL MANUALE

DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI DSM-5

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

GIANLUIGI MEUS

*[Handwritten mark]*

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

ASLCagliari  
Distretto Sociosanitario 1  
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile  
IL DIRETTORE f/f  
Dott.ssa Laura Maria Tedde

*[Signature]*

3

## 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 ALESSANDRO ZUDDAS nominato in qualità di Docente/Codocente per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

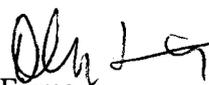
CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL MANUALE DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI  
DSM-5

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, 18/06/2015

  
Firma

## 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 previste dal Codice di condotta del personale docente e non docente in caso di dichiarazioni mendaci)

*SOSTITUITO*  
ASL Cagliari  
Distretto Socio Sanitario 1  
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile  
DIRETTORE  
Dott.ssa Laura Maria Tedde

Io sottoscritto GIANLUIGI MELIS nominato in qualità di Docente/Codocente per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

CORSO DI AGGIORNAMENTO SUL MANUALE DIAGNOSTICO DEI DISTURBI MENTALI  
DSM-5

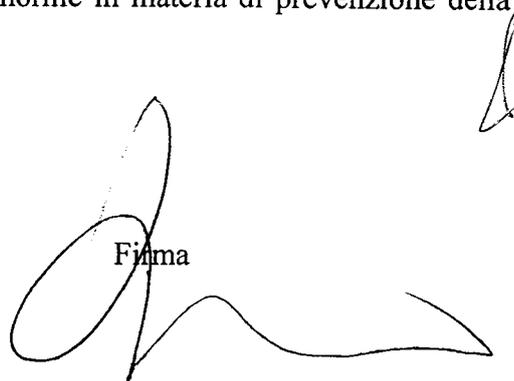
di prossima programmazione

### 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, 18/06/2015

Firma



ASL8  
Prot. 2015/92745 del 27/08/2015 ore 11,24  
Mitt.: MELIS GIANLUIGI  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



5