

## Allegato "D"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi clinico organizzativi nella ASL 8 di Cagliari"**.

Il presente allegato è composto di n. 7 fogli,  
di n. 7 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



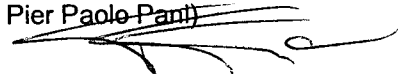
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1144 DEL 23 SET. 2015

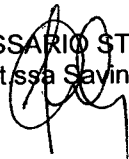
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott.ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Pier Paolo Pant)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
(Dott.ssa Savina Ortu)



## 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 CANNAS PAOLO Responsabile/Direttore della Struttura PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: \_  
METODI E STRUMENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI CLINICO  
ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI NELLA ASL 8 DI CAGLIARI di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. ZAVATTARO NICOLA FRANCESCO

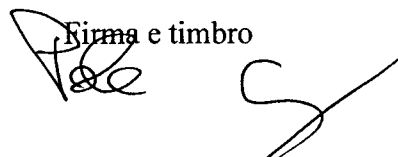
di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in 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,

18/07/2015

Firma e timbro



ASL8  
Prot. 2015/80283 del 21/07/2015 ore 10.09  
Mitt.: CANNAS PAOLO

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



**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 PAOLO CANNAS Responsabile/Direttore della Struttura

PROG. FORMATIVE E CONTROLLO,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

ICEDOM E SAUFRANTI PER LA PIATTAFORMA DEI  
PERCORSI CLINICI SCLERIZZATIVI ASSIST. NELLA PR. 8 DI CAGLIARI

di prossima programmazione,

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

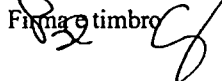
il Sig./Dr.

LUCA TIU

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, 20/07/2015

Firma e timbro 



**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 CANNAS Paolo Responsabile/Direttore della Struttura

PROGRISSIONE E CONTROLLO,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

METODI E STRUMENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO  
CURRICOLARE ORGANIZZATI ASSISTENZIALI nelle AUL 9 DI CAGLIARI

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

FORCENNO ANTONIA

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, 30/07/2015

Firma e timbro  
[Firma]



4

4

## 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 ZAVATTARO NICOLA FRANCESCO nominato in qualità di Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Metodi e strumenti per l'implementazione dei Percorsi clinico organizzativi assistenziali nella ASL 8 di Cagliari** 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,

17/07/2015

Firma  


ASL8

Prot. 2015/80289 del 21/07/2015 ore 10,15

Mitt.: ZAVATTARO FRANCESCO NICOLA

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 219 del 2015



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 Porceddu Cinzia nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

TUTORIA E SVILUPPI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI Percorsi  
CINCO ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI nelle ASL 8 di Cagliari

di prossima programmazione

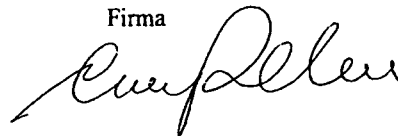
dichiaro

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,

30/07/2015

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

1/1

ASL8  
Prot. 2015/88568 del 11/08/2015 ore 08,04  
Mitt.: PORCEDDU CINZIA

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



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 LUCIA TIDU nominato in qualità di Tutor per

l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

METODI E STRUMENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI  
PERCORSI CLINICO ORGANIZZ. ASSIST. NELLE ASL 8 CAGLIARI

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,

30/07/2015

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

1/1

ASL8  
Prot. 2015/88569 del 11/08/2015 ore 08,04  
Mitt.: TIDU LUCIA

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 232 del 2015



7