

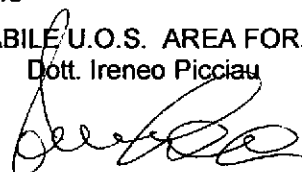
Allegato "A" 1174  
11 NOV. 2015

Progetto Formativo Residenziale

**"Percorso di formazione nelle aree di  
degenza: 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



Prot. n. NP/2015/30575

Cagliari, 13 OTT. 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 nelle aree di degenza: 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
- Programmi delle giornate formative
- Indicazione di scelta del docente
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse
- Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse nella scelta docente
- Accettazione incarico di responsabile scientifico

Cagliari, 13/10/2015

Responsabile SSD Accreditamento Istituzionale

Dr. Aldo Monni

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	14 OTT. 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 Tigello, 21 - 1° Piano - Cagliari  
Tel. 070-6096820 - fax 070/6096808  
e-mail [accreditamentoistituzionale@asl8cagliari.it](mailto:accreditamentoistituzionale@asl8cagliari.it)  
Responsabile: Dott. Aldo Monni

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " percorso di formazione nelle aree di degenza: 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**

	Data inizio	Data fine
Prima edizione	09/12/2015	09/12/2015
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 Sala Arancio**

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) via Piero Della Francesca Cagliari**

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 50 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/Privati/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:**

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

*A*

**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 della 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 mediche

Obiettivo formativo

Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità

Finalità

### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire conoscenze e competenze specifiche tecniche e professionali nel campo di riferimento, così come previsto nei requisiti autorizzativi di accreditamento istituzionale del DGR 47/42 del 30/12/2010 della Regione Sardegna

### 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) dell'Area di Degenza della ASL di Cagliari. La realizzazione degli strumenti di qualità viene raggiunta con questo specifico corso di formazione a indirizzo multiprofessionale e multidisciplinare per l'area di riferimento: Area di Degenza

### C - Acquisizione competenze di sistema:

La finalità principale, riferita alle competenze di sistema, è quella di acquisire maggior conoscenza dei processi clinici assistenziali dell'Area di Degenza formalizzando le procedure ad essi collegate. Queste procedure sono strumenti idonei che mirano a promuovere il miglioramento continuo della qualità con particolare riferimento all'efficienza, efficacia, 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 Burce 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 struttura organizzativa

Cognome Monni Nome Maria Vincenza

Telefono 070/6096853 Cellulare 3669121264 Fax 070/6096908 e-mail mariavincenzamonni@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: 4 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>3</u>	<u>45</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/ guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>15</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>0</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

### 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)

### Altre attrezzature

(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/TUTOR n. 1**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome Monni Nome Aldo  
 Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcel Data di nascita 16/01/1959  
 Telefono 070/6096816 Cellulare 3284958704 Fax 070/6096908 e-mail aldomonni@asl8caqliari.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 0,15 Totale compenso € 2,05  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome Corrias Nome Ferdinando  
 Codice Fiscale CRREDN53T03D443L Luogo di nascita Esterzili Data di nascita 03/12/1953  
 Telefono 070/6096814 Cellulare 3665612331 Fax 070/6096908 e-mail ferdinandocorrias@asl8caqliari.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 0,00 Totale compenso € 0,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome Furcas Nome Luigi  
 Codice Fiscale FRGLGU60M30L521Q Luogo di nascita Uta Data di nascita 30/08/1960  
 Telefono 070/6096854 Cellulare 3669121500 Fax 070/6096908 e-mail luigifurcas@asl8caqliari.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 0,30 Totale compenso € 2,82  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 4**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome Monni Nome Maria Vincenza  
 Codice Fiscale MNNMNV59A14B274A Luogo di nascita Burcel Data di nascita 04/01/1962  
 Telefono 070/6096814 Cellulare 3669121264 Fax 070/6096908 e-mail mariavincenzamonni@asl8caqliari.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 0,30 Totale compenso € 2,82  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*



**FORMATORE/TUTOR n. 5**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Dessi Nome Carlo  
Codice Fiscale \_\_\_ Luogo di nascita: Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita: Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono: Fare clic qui per immettere testo. Cellulare: Fare clic qui per immettere testo. Fax: Fare clic qui per immettere testo. e-mail: cartodessi@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/TUTOR n. 6**

Ruolo Docente interno in orario di servizio  
Cognome Soddu Nome Maria Luisa  
Codice Fiscale \_\_\_ Luogo di nascita: Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita: Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono: Fare clic qui per immettere testo. Cellulare: Fare clic qui per immettere testo. Fax: Fare clic qui per immettere testo. e-mail: marialuisasoddu@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/TUTOR n. 7**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Severino Nome Gesare  
Codice Fiscale: Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita: Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita: Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono: Fare clic qui per immettere testo. Cellulare: Fare clic qui per immettere testo. Fax: Fare clic qui per immettere testo. e-mail: gesareseverino@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/TUTOR n. 8**

Ruolo Docente interno in orario di servizio  
Cognome Garau Nome Aberina  
Codice Fiscale: Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita: Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita: Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono: Cellulare: Fax: e-mail: alberinagarau@asl8cagliari.it Qualifica Medico  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo: Docente interno Comparto in orario di servizio € 6,64  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire: 0,30 Totale compenso € 3,32  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 9**

Ruolo: Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Secchi Nome Anna  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail annasecci@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: 0,30 Totale compenso € 2,82  
*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n 10**

Ruolo: Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Abellini Nome Giovanna  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giovannaabellini@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  
*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 11**

Ruolo: Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Meloni Nome Liana  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lianameloni@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: 0,30 Totale compenso € 2,82  
*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 12**

Ruolo: Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Campus Nome Mario  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mariocampus@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  
*E' stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE/TUTOR n. 13**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Calle Nome Olgia  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail olgacalle@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/TUTOR n. 14**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Spinicoi Nome Gabriella  
Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail gabrielaspinicoi@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*

*g*

### 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?     Si     No

### Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 46,28
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relative 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
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b>		<b>€ 218,41</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |                                                                             |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti                            | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco        |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi                        | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione    |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici                     | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118                             | <input type="checkbox"/> P.O. Marino                 |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza                     | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico          |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari     | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe           |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff                                         | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino         |
| <input checked="" type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità     |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari             | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi                |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze                            | <input type="checkbox"/> P.O. Businco                |

### Dichiarazione al sensi 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

<p><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dot. [Firma]</i></p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dot. [Firma]</i></p>