

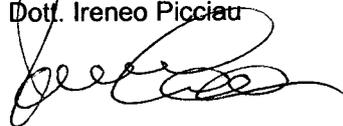
Allegato "E" 1232
24 NOV 2015

Indicazione di scelta del docente e dichiarazioni
di assenza di conflitto di interessi

"Home automation office Microsoft Word"
"Posta elettronica aziendale"

Il presente allegato è composto da n° 3 fogli di
n° 3 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dot. Ireneo Picciar



**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 M. TEDDE ~~Responsabile~~/Direttore della Struttura

U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO 1,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

HOME AUTOMATION OFFICE: MICROSOFT WORD

di prossima programmazione,

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

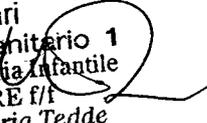
il Sig./Dr.

FADDA GIANFRANCO 

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, 14/10/2015

Firma e timbro
ASL Cagliari
Distretto Sociosanitario 1
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE F/I
Dott.ssa Laura Maria Tedde 

ASL8
Prot. 2015/112791 del 19/10/2015 ore 09.33
Mitt.: TEDDE LAURA MARIA NEUROPSICHIATRIA INF DIST...

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



**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 M Tedde Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile distretto 1

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Home automation office / Microsoft
Word

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

Mauro Gaviano 

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, 14-10-2015

Firma e timbro


ASL Cagliari
Distretto Sociosanitario 1
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE f/f
Dott.ssa Laura Maria Tedde 3



**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 M. TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA-INFANTILE DISTRETTO 1,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

HOME AUTOMATION OFFICE: MICROSOFT WORD

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

ANEDDA SERAFINO ANTONIO

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, 14/10/2015

Firma e timbro
ASLCagliari
Distretto Socio sanitario 1
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE
Dott.ssa Laura Maria Tedde

ASLB
Prot. 2015/112791 del 19/10/2015 ore 09.33
Mitt.: TEDDE LAURA MARIA NEUROPSICHIATRIA INF DIST...

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



**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 M. TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO 1,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

POSTA-ELETTRONICA AZIENDALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

ANEDDA SERAFINO ANTONIO

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, 14/10/2015

Firma e timbro

ASLCagliari
Distretto Socio sanitario 1
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE/VI
Dott.ssa Laura Maria Tedde

5



**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 M. Tedde Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile Distretto 1

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

Posta Elettronica Aziendale

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr.

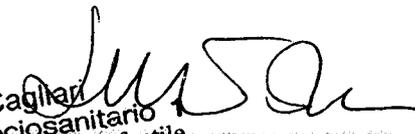
Mauro Gaviano

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, 14.10.2015

Firma e timbro


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



**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 M. TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura
U. O. C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE DISTRETTO 4,

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
POSTA-ELETTRONICA AZIENDALE

di prossima programmazione,

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

il Sig./Dr. FADDA GIAUFRANCO

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, 14/10/2015

Firma e timbro

ASLCagliari
Distretto Socio-sanitario 1
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE
Dott.ssa Laura Maria Tedde



Dichiarazione

Accettazione incarico di Responsabile Scientifico 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)

Il sottoscritto **Gaviano Mauro**, nominato in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

- **Home Automation Office - Microsoft Word®**

di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma

Mauro Gaviano

ASL8
Prot. 2015/112813 del 19/10/2015 ore 09:42
Mitt.: GAVIANO MAURO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1, Fasc.: 242 del 2015



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)

Il sottoscritto **Anedda Serafino Antonio**, nominato in qualità di Docente/Codocente per gli Eventi/Percorsi Formativi/Seminari dal titolo:

1. Home Automation Office - Microsoft Word®

di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/112817 del 19/10/2015 ore 09.44
Mitt.: ANEDDA SERAFINO ANTONIO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



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)

Il sottoscritto **Fadda Gianfranco**, nominato in qualità di Docente/Codocente per gli Eventi/Percorsi Formativi/Seminari dal titolo:

1. Home Automation Office - Microsoft Word®

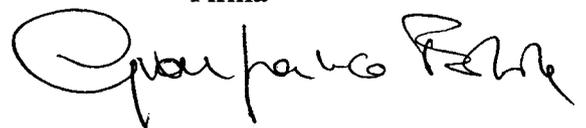
di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/112821 del 19/10/2015 ore 09:45
Mitt.: FADDA GIANFRANCO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



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)

Il sottoscritto **Anedda Serafino Antonio**, nominato in qualità di Docente/Codocente per gli Eventi/Percorsi Formativi/Seminari dal titolo:

1. Posta Elettronica Aziendale

di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/112817 del 19/10/2015 ore 09.44
Mitt.: ANEDDA SERAFINO ANTONIO

Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



Dichiarazione

**Accettazione incarico di Responsabile Scientifico
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)

Il sottoscritto **Gaviano Mauro**, nominato in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

- **Posta Elettronica Aziendale**

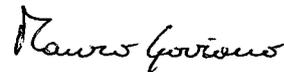
di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/112813 del 19/10/2015 ore 09:42
Mitt.: GAVIANO MAURO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



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)

Il sottoscritto **Fadda Gianfranco**, nominato in qualità di Docente/Codocente per gli Eventi/Percorsi Formativi/Seminari dal titolo:

1. Posta Elettronica Aziendale

di prossima programmazione,

dichiara

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.

Cagliari, 14.10.2015.

Firma



ASL8
Prot. 2015/112821 del 19/10/2015 ore 09:45
Mitt.: FADDA GIANFRANCO
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015

