

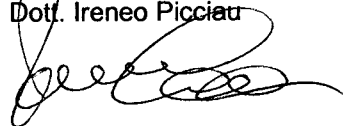
Allegato "E" 1232  
24 NOV 2015

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.

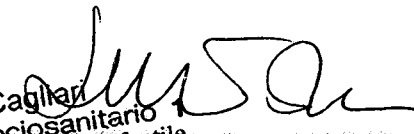
Mauro Gaviano

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®

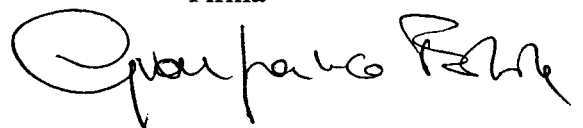
di prossima programmazione,

**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

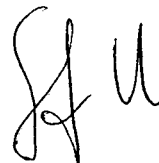
di prossima programmazione,

**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**

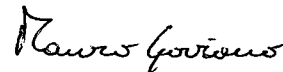
di prossima programmazione,

**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

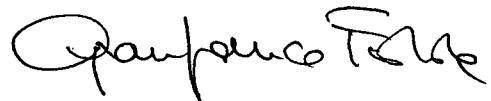
di prossima programmazione,

**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

