

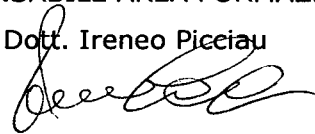
Allegato "A" - 1238
24 NOV. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"Distretto sociosanitario. Dai bisogni del
territorio ad una risposta integrata".**

Il presente allegato è composto di n. ¹² fogli,
di n. ¹² pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



28



Servizio Proponente Distretto n. 5
Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Il Distretto sociosanitario. Dai bisogni del territorio ad una risposta integrata* "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Congresso/simposio/convegno/seminario

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 2

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	<u>25/11/2015</u>	<u>25/11/2015</u>
Seconda edizione	<u>14/12/2015</u>	<u>14/12/2015</u>
Terza edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>

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? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede I edizione a Isili nella sala convegni del P.O. II edizione a Senorbì in una sala comunale (da confermare)

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Isili Via Emilia - Senorbì via

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 40 Totale Partecipanti 80

- Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 15+15 operatori di altri Servizi ASL
- Aperto a n. 0 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.

Non 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

- 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"/> Cardiochirurgia | <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 Vascolare | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

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 delle 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 gestionale management organizzativa

Obiettivo formativo

Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Favorire una dettagliata conoscenza dei percorsi all'interno di specifiche attività

B - Acquisizione competenze di processo:

Favorire l'integrazione fra le varie attività, trovando punti di contatto e di collaborazione reciproca

C - Acquisizione competenze di sistema:

Far conoscere a tutti gli operatori le attività del Distretto nel complesso

** 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 Rachele Nome Maurizio

Codice Fiscale RCHMRZ55H12B354F Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 12/06/1950

Telefono 07098013970 Cellulare 3472811008 Fax 0709808881 e-mail mauriziorachele@asl8cagliari.it

Qualifica Fare clic qui per immettere testo. Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Campio Nome Franca

Codice Fiscale CMPFNC59B48D969N Telefono 0782/820301 Cellulare 3204845521 Fax 0782/800025 e-mail

francacampio@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: 07 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>06</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>1</u>	<u>00</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>00</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)

Attrezzatura

(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 RACHELE Nome MAURIZIO

Codice Fiscale RCHMRZ55H12B354F Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 12/06/1950

Telefono 07098013970 Cellulare 3472811008 Fax 0709808881 e-mail mauriziorachele@asl8cagliari.it Qualifica

Direttore del Distretto

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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 PICCIAU Nome LUIGI

Codice Fiscale PCCLGU54C01I695T Luogo di nascita SESTU Data di nascita 01/03/1954

Telefono 07098013926 Cellulare 3346407994 Fax 0709808881 e-mail luigipicciau@asl8cagliari.it Qualifica

Dirigente medico del Distretto

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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 CAMBILARGIU Nome MARIA LUCIA

Codice Fiscale CMBMLC61H55I452J Luogo di nascita SASSARI Data di nascita 15/06/1961

Telefono 0782820312 Cellulare 3334582170 Fax 0782802386 e-mail marialuciacambilargiu@asl8cagliari.it Qualifica

Dirigente amministrativo del Distretto

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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 SALFI Nome RAFFAELE

Codice Fiscale SLFRFL55H03D086Q Luogo di nascita COSENZA Data di nascita 03/06/1955

Telefono 0782820335 Cellulare 3334158282 Fax 0782802386 e-mail raffaelesalfi@asl8cagliari.it Qualifica

Responsabile SC Chirurgia del P.O di Isili

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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 MAURO Nome GIOVANNI ANGELO
Codice Fiscale MRAGNN57C095F881X Luogo di nascita NEVIANO (LE) Data di nascita 09/03/1957
Telefono 0782820278 Cellulare 3393796411 Fax 0782802386 e-mail giovanniangelomauro@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico del Consultorio di Isili
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n.6 Fare clic qui per immettere testo.

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome ESU Nome SILVIA
Codice Fiscale SEUSLV63S63E281F Luogo di nascita IGLESIAS Data di nascita 23/11/1963
Telefono 0782820322 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 0782802386 e-mail silviaesu@asl8cagliari.it
Qualifica Specialista Oncologo responsabile Oncologia di Isili
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo Co-Docente Esterno
Cognome SERCI Nome MANOELA MARIA
Codice Fiscale SRCMLM57R71B354P Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 31/10/1957
Telefono 070980131 Cellulare 3471603181 Fax 0709808881 e-mail manoelamariaserci.spea@asl8cagliari.it
Qualifica Specialista Fisiatra del Distretto
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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 CARBONI Nome MASSIMO
Codice Fiscale CRBMSM78T27B354I Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 27/12/1978

Telefono 07098013942 Cellulare 3401066981 Fax 0709808881 e-mail massimocarboni@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico del Distretto
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

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 ONIDI Nome EMANUELA
Codice Fiscale NDOMNL68A59B354T Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 19/01/1968
Telefono 07098013924 Cellulare 3406435380 Fax 0709808881 e-mail emanuelaonidi@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico del Distretto
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 10

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome PELLICIARI Nome RICCARDO
Codice Fiscale PLLRCR53H16L024Z Luogo di nascita TAGGIA (IM) Data di nascita 16/06/1953
Telefono 0782820361 Cellulare 3665612590 Fax 0782800025 e-mail riccardopelliciari@asl8cagliari.it Qualifica Coordinatore infermieristico sede di Isili
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 11

Ruolo Docente Interno in orario di servizio
Cognome CAMPIO Nome FRANCA
Codice Fiscale CMPFNC59B48D969N Luogo di nascita GENOVA Data di nascita 08/02/1959
Telefono 0782820301 Cellulare 3204845521 Fax 0782800025 e-mail francacampio@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente medico del Distretto
Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 12Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome PALA Nome MAUROCodice Fiscale PLAMRA57H29B354N Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 29/06/1957Telefono 0782/820361 Cellulare 3333748703 Fax 0782800025 e-mail mauro_pala@asl8cagliari.it QualificaFisioterapista Cure domiciliari Sede di IsiliInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 13**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome BOLASCO Nome PIERGIORGIOCodice Fiscale BLSPGR52S23B354Y Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 23/11/1952Telefono 3332914844 Cellulare 3284958708 Fax 0706097340 e-mail piergiorgiobolasco@asl8cagliari.it QualificaResponsabile S C Nefrologia territorialeInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 14**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome FOIS Nome MARIA ANTONIETTACodice Fiscale FSOMNT59M56F979Z Luogo di nascita NUORO Data di nascita 16/08/1959Telefono 0782/820363 Cellulare 333/4646712 Fax 0782/802386 e-mail mantoniettafois@asl8cagliari.it QualificaDirigente medico Servizio diabetologia di IsiliInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 15**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome MATZEU Nome GIORGIOCodice Fiscale MTZGRG50H19L966 Luogo di nascita VILLAMAR Data di nascita 19/06/1950Telefono 0782/820351 Cellulare 3396048607 Fax 0782/802386 e-mail giorgiomatzeu@asl8cagliari.it QualificaResponsabile S C Medicina del P.O. di IsiliInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 16

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome FIGLIOLA Nome MARIA BONARIA

Codice Fiscale FGLMBN67H59B354G Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 19/08/1967

Telefono 070/98013916 Cellulare 3474445757 Fax 070/9808881 e-mail mariabonariafigliola@asl8cagliari.it

Qualifica Assistente sociale PUA UVT Sede di Senorbi

Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

FORMATORE/TUTOR n. 17

Ruolo Co-Docente Esterno

Cognome GIAGHEDDU Nome SIMONETTA

Codice Fiscale GGHSNT65H57B354I Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 12/08/1965

Telefono 070/980131 Cellulare 070/44846 Fax 070/9808881 e-mail simonettagiagheddu.spea@asl8cagliari.it

Qualifica Specialista Neuropsichiatra Sede di Senorbi

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00

Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata



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)	€ 0,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi 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 (a cura dell'Area Formazione)	€ 172,15
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) A cura dell'Area Formazione		€ 172,15

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" 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 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 ai sensi e 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>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">MAURIZIO RACHELE</p> <p style="text-align: center;">AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI DISTRETTO n.5</p> <p style="text-align: center;">Sarcidano, Barbagia di Seulo e Trexenta Il Direttore: Dr. Maurizio Rachele</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Maurizio Rachele</p>