

Allegato "D"

1292

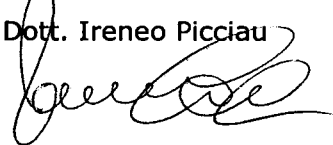
- 9 DIC. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"Relazione d'aiuto nella pratica infermieristica in oncologia"**.

Il presente allegato è composto di n.....⁴ fogli,
di n.....⁴ pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Indicazione di scelta del docente 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 Sergio Marracini Responsabile/Direttore della Struttura
DISTRETTO 4 SARRABUS/GERREI committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal
titolo: *“Relazione d'aiuto nella pratica clinica Infermieristica in oncologia”*
di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

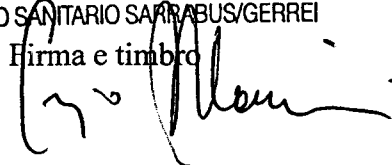
il Sig./Dr.ssa Maria Felicina Atzeri di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia 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, 28/10/2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA A.S.L. N° 8
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI

Firma e timbro



Indicazione di scelta del docente 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 Sergio Marracini Responsabile/Direttore della Struttura
DISTRETTO 4 SARRABUS/GERREI committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal
titolo: *“Relazione d'aiuto nella pratica clinica Infermieristica in oncologia”*
di prossima programmazione,

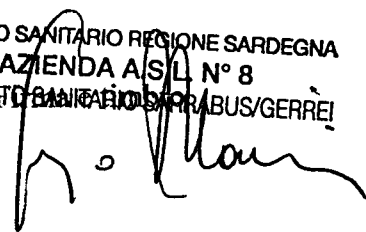
1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.ssa Silvia Esu di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (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, 28/01/2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA ASL N° 8
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI



Indicazione di scelta del docente 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 Sergio Marracini Responsabile/Direttore della Struttura
DISTRETTO 4 SARRABUS/GERREI committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal
titolo: *“Relazione d'aiuto nella pratica clinica Infermieristica in oncologia”*
di prossima programmazione,

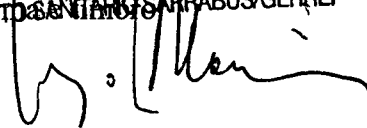
1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.ssa Elisabetta Pedditzi di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale (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, 28/10/2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
AZIENDA A.S.L. N° 8
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI



**Dichiarazione
Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse**

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

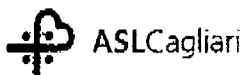
Io sottoscritto ATZERI MARIA FELICINA nominato in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
"L'INFERMIERE E LA RELAZIONE DI AIUTO IN ONCOLOGIA"
di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 27/10/2015


Firma



Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicante la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Pedditzi Elisabetta nominato in qualità di Docente//Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:
"Relazione di aiuto nella pratica clinica infermieristica in Oncologia", di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 23/10/2015

Firma *Elisabetta Pedditzi*

6

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
P.I. 02261430926
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mulinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093600-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

1/1



Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente
e assenza di conflitti d'interesse

(ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000, indicare la consapevolezza delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci)

Io sottoscritto Esu Silvia nominato in qualità di Docente//Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

"Relazione di aiuto nella pratica clinica infermieristica in Oncologia", di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 29.10.2015

Firma

ASL CAGLIARI
P.O. S. GIUSEPPE
SERVIZIO DI ONCOLOGIA
IL RIFERENTE/RESPONSABILE CLINICO
Dott.ssa Silvia Esu
Oncologo Medico
Matr. 788

Sede Postale Area Formazione
ASL 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Setargius
P.I. 02281430928
www.aslcagliari.it

Sede Operativa Area Formazione
via Caravaggio, snc c/o CRFP
Mullinu Becciu - Cagliari
Fax 0706093202
Tel. 0706093800-8861
E-mail: formazione@aslcagliari.it

1/1