

Allegato "D"

1294

- 9 DIC. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: **"La fiaba – Valore educativo e terapeutico"**

Il presente allegato è composto da n° 4 fogli
di n° 4 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



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 GIANCARLO CIMINO nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA FIABA: VALORE EDUCATIVO E
TERAPEUTICO

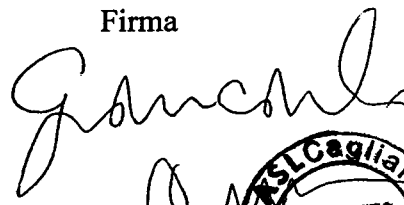
di prossima programmazione

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, 16/10/2015

Firma




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

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

La fraba - valore educativo e
terapeutico

di prossima programmazione,

1) indico quale docente dell'attività formativa in questione

il Sig./Dr.

Giancarlo Curcio

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale nel sito aziendale 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. Detta scelta non determina costi per l'Azienda in quanto la docenza sarà svolta a titolo gratuito.

- 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,

Firma e timbro

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



3

**Auto indicazione di scelta come 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 Laura M. Tedde Responsabile/Direttore della Struttura
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile Distretto 4

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

La fibra - valore educativo e
terapeutico

di prossima programmazione,

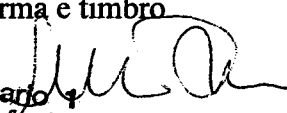
1) indico me stesso quale docente dell'attività formativa in questione

valutando che questa sia una scelta tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013. 4

2) Dichiaro, inoltre, 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 auto indicazione di scelta non sussistono da parte mia conflitti di interesse, in quanto l'incarico verrà svolto in orario di servizio ed a titolo gratuito.

Data,

Firma e timbro


ASLCagliari
Distretto Sociosanitario 4
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
IL DIRETTORE f/f
Dott.ssa Laura Maria Tedde