

Allegato "D" 81  
27 GEN. 2016

Approvazione Progetto Formativo Aziendale di  
Autoaggiornamento sulle Tematiche attinenti  
alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e  
Adolescenza:  
**"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



**Indicazione di scelta del Docente sostituto  
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 MARIA TEDDE Responsabile/Direttore della Struttura  
U.O.C. Neuropsichiatria Infantile - Distretto 1

committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

LA FIABA - VALORE EDUCATIVO E  
TERAPEUTICO

di prossima programmazione,

**1) indico quale docente sostituto dell'attività formativa in questione**

il Sig./Dr.

GIANCARLO CIMINO

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, 15.01.2016

ASL Cagliari  
Firma e timbro **Distretto Socio-sanitario 1**  
**U.O.C. Neuropsichiatria Infantile**  
**IL DIRETTORE f/f**  
**Dot. ssa Laura Maria Tedde**



## Dichiarazione

### Accettazione incarico di Docente sostituto 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

Sostituto 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, 15.01.2016

Firma Giuseppe Cimino

**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 Maria 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 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.

**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, 15.01.2016

Firma e timbro

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

4