


Allegato "D"

Preso d'atto Progetto Formativo Aziendale
**"Implementazione dei programmi di screening:
analisi delle barriere e dei fattori facilitanti
modificabili e non. Sperimentazione di
strumenti Evidence-Based. Utilizzo piattaforma
Access".**

Il presente allegato è composto da n°6 fogli di
n°6 pagine

IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 453 DEL 23 MAG. 2016

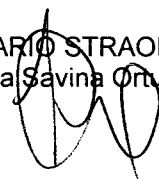
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. ssa Antonella Carreras)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Peri)



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. ssa Savina Ortu)



**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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura SERVIZIO PROMOZIONE DELLA SALUTE , committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

“ Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non. Sperimentazione di strumenti evidence-based. Utilizzo piattaforma ACCESS”

di prossima programmazione,

1) indico quali docenti dell'attività formativa in questione

Dr. CEREDA DANILO

Dr.ssa MARINO MARTA

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, 19/02/2016

Il Responsabile del Servizio
Promozione della Salute
Dr.ssa Silvana Tilotta

**Indicazione di scelta del tutor
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 SILVANA TILOCCA Responsabile/Direttore della Struttura SERVIZIO

PROMOZIONE DELLA SALUTE, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal

titolo:

“ Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non. Sperimentazione di strumenti evidence-based. Utilizzo piattaforma ACCESS”

di prossima programmazione,

1) indico quale Tutor dell'attività formativa in questione

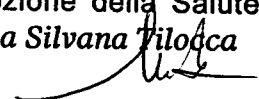
La Dr.ssa ALESSANDRA BERTOCCHI

di cui ho acquisito e stimato apposito 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 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, 19/02/2016

Firma e timbro
Il Responsabile del Servizio
Promozione della Salute
Dr.ssa Silvana Tilocca



Dichiarazione

Accettazione incarico di Tutor 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 BERTOCCHI ALESSANDRA nominato in qualità di Tutor per l'Evento Formativo dal titolo:

“ Implementazione dei programmi di screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti modificabili e non. Sperimentazione di strumenti evidence-based. Utilizzo piattaforma ACCESS”

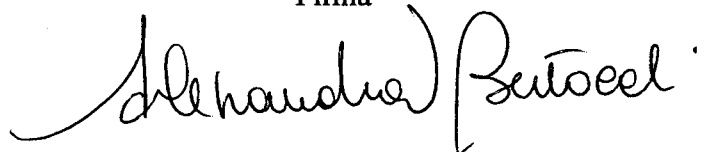
di prossima programmazione

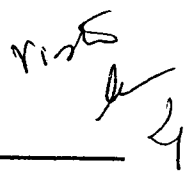
dichiaro

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, 19/02/2016

Firma





Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconfiribilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci

Io sottoscritto _____ Marta Marino _____, nato a _____ Roma _____, il _26/8/78_, interessato all'iscrizione nell'Albo dei Formatori e dei Tutor di codesta ASL 8,

dichiaro

1) che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione di eventuali incarichi di docenza e/o di tutoraggio nelle attività formative dell'ASL 8 di Cagliari, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconfiribilità all'assunzione dell'incarico previste dall'ordinamento ed in particolare dalle seguenti norme:


- n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- d. lgs n.33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
- d. lgs n.39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconfiribilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR n.62 del 16.04.2013
- D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod. ed int.;

2) che mi impegno a comunicare tempestivamente alla ASL 8 ogni modifica in relazione a quanto dichiarato al punto 1);

3) Autorizzo la ASL 8 a trattare ed elaborare i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione a quanto necessario per la costituzione e pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni e dei dati correlati al presente procedimento.

Data, 2/2/2016

Firma



Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda Usl n. 8, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Data, 2/2/2016

Il Dichiarante



5

Dichiarazione di assenza di conflitti d'interesse, incompatibilità, inconfiribilità

Ai sensi dell'art. 47 e dell'art.76 DPR 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali per il caso di dichiarazioni mendaci

Io sottoscritto **DANILO CEREDA** nato a **VAPRIO D'ADDA** il **11/09/1978** , interessato all'iscrizione nell'Albo dei Formatori e dei Tutor di codesta ASL 8,

dichiaro

1) che, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione, non sussistono da parte mia conflitti di interesse rispetto all'assunzione di eventuali incarichi di docenza e/o di tutoraggio nelle attività formative dell'ASL 8 di Cagliari, né mi trovo in alcuna delle condizioni di incompatibilità o inconfiribilità all'assunzione dell'incarico previste dall'ordinamento ed in particolare dalle seguenti norme:

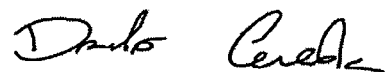
- n.190 del 06.11.2012 (disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- d. lgs n.33 del 14.03.2013 (riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della pubbliche amministrazioni);
- d. lgs n.39 del 08.04.2013 (disposizioni materia di inconfiribilità o incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico);
- DPR n.62 del 16.04.2013
- D.Lgs. n° 165/2001 e succ. mod. ed int.;

2) che mi impegno a comunicare tempestivamente alla ASL 8 ogni modifica in relazione a quanto dichiarato al punto 1);

3) Autorizzo la ASL 8 a trattare ed elaborare i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 in relazione a quanto necessario per la costituzione e pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni e dei dati correlati al presente procedimento.

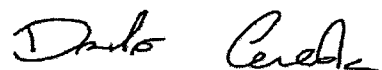
Data, 3/2/2016

Firma



Allego copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Dichiaro di essere a conoscenza dell'art. 75 del DPR 445/00, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda UsI n. 8. a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.



Data, 3/2/2016

Il Dichiarante

6