ASLCagliari

Direzione generale
Sviluppo Organizzativo e
Valutazione del Personale
**Area Formazione**

# Allegato "D"

1007

27 SET. 2016

## Progetto Formativo

## "Supervisione dei Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare"

Il presente allegato è composto di n. 6 fogli,
di n. 6 pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ASLCagliari

# 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 Augusto Contu Direttore della Struttura Dipartimento di Salute Mentale,

committente del Corso Formativo dal titolo: **Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare**

di prossima programmazione,

**indico quali docenti dell'attività formativa in questione**

Il Dott. Narracci Andrea, Dott.ssa Ceppi Fiorella

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.

**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.**

Cagliari 20/05/2016



2

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

# Dichiarazione

## Accettazione incarico di Docente 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 sottoscritta Fiorella Ceppi nominata in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo: **"Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare"**

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, 14.6.2016

Firma

*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. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

## Dichiarazione Preventivo Spese

Io sottoscritta Fiorella Ceppi nominata in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo " Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare" in programma per il 28/29 ottobre e 18/19 novembre 2016, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Cagliari, propongo il seguente preventivo spese

Spese

| | |
|---|---|
| docenza | Euro 1920 |
| pernottamento | |
| pasti | |
| viaggio | Euro 200 |

Totale spese : Euro 2120 ,00

Data, 14.6.2016

Firma



4

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

Dichiarazione

**Accettazione incarico di Docente**
**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 Andrea Narracci nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo: "**Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare**"

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, 16-6-16

Firma

*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. 0706093800-6861
E-mail: formazione@asl8cagliari.it

## Dichiarazione Preventivo Spese

Io sottoscritto Andrea Narracci nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo " Supervisione dei gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare" in programma per il 30 settembre/ 01 ottobre 2016, organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Cagliari, propongo il seguente preventivo spese

Spese

| | |
|---|---|
| docenza | Euro 960 |
| pernottamento | |
| pasti | |
| viaggio | Euro 100 |

Totale spese : Euro 1060 ,00

Data, 12-7-16

Firma Narracci