

Allegato "A"

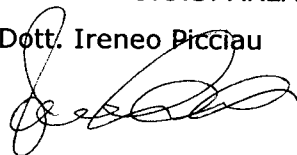
Approvazione Progetto Formativo Aziendale:

"Ruolo dell'Azienda Sanitaria nelle procedure amministrative del SUAP: gestione e controlli della DUAAP dopo la riforma della legge n. 124.2015"

Il presente allegato è composto di n. 12 fogli,
di n. 12 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE

N. 1020 DEL 29 SET. 2016

ASLB
NP.2016/21373 del 23/08/2016 ore 08,16
Mitt.: Area Formazione

Ass.: DIREZIONE SANITARIA
Class.: 1. Fasc.: 132 del 2016



Al Direttore Sanitario

Sede

Oggetto: richiesta autorizzazione integrazioni/modifiche al Piano di Formazione 2016.

In riferimento alla nota n. NP/2016/ 0019342, del 20/07/2016, pari oggetto, a firma del Direttore del Servizio di Sanità Animale, in calce alla quale la S.V. ha chiesto all'Area Formazione una verifica e riscontro, si comunica quanto segue:

- Nel PAF 2016 il Servizio in questione era stato autorizzato a realizzare n° 3 progetti formativi per un totale di spesa preventivato di € 12.566,88. Il Direttore del Servizio con la nota in oggetto chiede di poter essere autorizzato ad incrementare (da € 2.660 a € 4.210) il budget del corso "La gestione di una DUAAP", nel contempo rinunciando a realizzare gli altri due progetti formativi.
- Senza entrare nel merito del motivo per cui questi due progetti formativi siano stati programmati e poi annullati, si segnala che l'operazione di modifica proposta comporterebbe **per l'Azienda un risparmio complessivo di € 8.356,76.**
- in caso di valutazione favorevole della richiesta, l'Area Formazione è disponibile a dare ogni supporto organizzativo ed amministrativo utile alla realizzazione dell'intervento formativo.

In attesa di eventuali disposizioni, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile Area Formazione

Dott. Ireneo Picciau



AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA

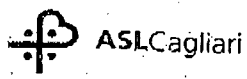
23 AGO. 2016

ARRIVATA

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Pièr Paolo Pani

Per favore
24-08-16



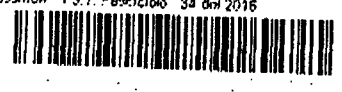
ASL8 SANITA' ANIMALE
20 LUG. 2016
ARRIVATA

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Veterinario
Sanità Animale - Area A

ASL8
NP/2016/ 0019342 del 20/07/2016 ore 09,22
Mittente: Sanità Animale

Assegnatario: DIREZIONE SANITARIA

Classifica: 1.5.7. Faccicolo 34 del 2016



Al Direttore Sanitario

- p.c. Al Responsabile Area Formazione
- p.c. Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Oggetto: richiesta autorizzazione integrazioni/modifiche al Piano di Formazione 2016

In riferimento al Piano di Formazione Aziendale 2016, approvato con delibera nr. 1462 del 21/12/2015, si richiede l'autorizzazione per apportare alcune modifiche/integrazioni rispetto a quanto segnalato da questo Servizio nella fase di analisi dei fabbisogni condotta nel settembre scorso.

Si intende precisare che tali modifiche/integrazioni, rese necessarie in seguito ad esigenze che non erano né rilevabili né preventivabili precedentemente, non modificano in maniera sostanziale il budget di spesa previsto ed autorizzato per questo servizio inserito nel Piano di Formazione.

A conferma di quanto detto, si allega alla presente la tabella "A" dove sono schematicamente riportati, per poterli confrontare più velocemente, i progetti formativi inseriti nel Piano di Formazione e anche le modifiche richieste, in modo tale da poter mettere in evidenza i cambiamenti per i quali si richiede l'autorizzazione.

Si resta in attesa di indicazioni in merito.

Si ringrazia e si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore del Servizio di Sanità Animale

Dr. Mario Lai



Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

*all'Asl Femosia
per verifica e
riscontro*

DIRETTORE SANITARIO
Dot. Pier Paolo Pani

26-07-16

Dipartimento di Prevenzione
Servizio Veterinario
Sanità Animale - Area A
Via Nebida, n° 21 Cagliari
Tel 070/6092705 Fax 070/6092740
e-mail: asl8servet@tiscali.it
Responsabile: Dr. Mario Lai

3

Tabella "A"

Corsi inseriti nel Piano di Formazione 2016			
Nr.	Titolo	Numero Edizioni	Costo previsto
1	Nuove disposizioni relative al sistema di registrazione e identificazione degli animali (check list)	1	€ 1.505,47
2	La gestione di una DUAAP	2	€ 2.660,94
3	Criteri per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria e correlati criteri di audit. Elementi da verificare nel corso degli audit svolti, ai sensi dell'art. 4(6) del Reg. 882/2004/CE, nell'ambito dei sistemi regionali e prevenzione in Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti	1	€ 8.400,47
Totale spesa corsi 2016			€ 12.566,88

Modifiche/Integrazioni richieste al Piano di Formazione 2016			
Nr.	Titolo	Numero Edizioni	Costo previsto
1	Nuove disposizioni relative al sistema di registrazione e identificazione degli animali (check list)	ANNULLATO	€ 0,00
2	La gestione di una DUAAP	2	€ 4.210,12
3	Criteri per il funzionamento e miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle autorità competenti in materia di sicurezza degli alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria e correlati criteri di audit. Elementi da verificare nel corso degli audit svolti, ai sensi dell'art. 4(6) del Reg. 882/2004/CE, nell'ambito dei sistemi regionali e prevenzione in Sanità Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti	ANNULLATO	€ 0,00
Totale spesa corsi 2016			€ 4.210,12

ASL8

NP/2016/ 0023352 del 19/09/2016 ore 13,08

Mittente Sanità Animale

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1.5.7 Fascicolo: 40 del 2016



Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: richiesta attivazione corso

Allegati alla presente, in relazione al corso di formazione dal titolo: **“Ruolo dell’Azienda Sanitaria nelle procedure amministrative del SUAP: gestione e controlli della DUAAP dopo la riforma della legge n. 124/2015”**, che sarà tenuto a Cagliari dal Dr. Saverio Linguanti, dal 27 al 29 settembre, in due edizioni, si inviano:

- Richiesta di attivazione del progetto formativo.
- Programma del corso.
- Questionario.
- Scheda relativa all’indicazione di scelta del docente e di assenza di conflitti d’interesse nella scelta del docente, a firma del Direttore struttura.
- Scheda relativa alla richiesta di preventivo docenza a firma del Direttore struttura.
- Scheda di preventivo compenso e rimborso spese per docente.
- Scheda accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitti di interesse, a firma della Dr.ssa Tilocca.

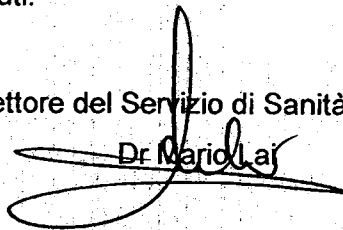
Si ringrazia e si coglie l’occasione per porgere cordiali saluti.

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	21 SET. 2016	
PRESA IN CARICO		



Il Direttore del Servizio di Sanità Animale

Dr. Mario Lai



5

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Ruolo dell'Azienda Sanitaria nella procedure amministrative del SUAP: gestione e controlli della DUAAP dopo la riforma della Legge n. 124/2005.* "

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? No

È previsto l'uso della sola lingua italiana? SI

È prevista una quota di partecipazione? NO

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NO

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste 2

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	27/09/2016	28/09/2016	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	29/09/2016	29/09/2016	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	/ /	/ /	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	/ /	/ /	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	/ /	/ /	10 ^a Edizione	/ /	/ /

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Servizio veterinario

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Nebida, n° 21, 09125

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 22 Totale Partecipanti **44**

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico - Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area medicina veterinaria

Obiettivo formativo

Sanità veterinaria

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Acquisire competenze per il ruolo ricoperto.

B - Acquisizione competenze di processo:

Acquisire competenze relativamente a procedure obbligatorie inerenti l'attività di servizio.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Acquisire competenze legate ai principi normativi in Sanità Animale.

D - Previsione di ricaduta formativa (in termini di competenze e performance):

Utilizzare procedure più snelle nella gestione dell'apertura di nuove attività.

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6 dal corso

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Tilocca Nome Silvana

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare 3294104978 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail silvanatilocca@asl8cagliari.it

Qualifica Direttore Dipartimento di Prevenzione Competenze Fare clic qui per immettere testo.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Falchi Nome Bianca Maria

Codice Fiscale FLCBCM59D59B745H Telefono 0706092717 Cellulare 3204325514 Fax 0706092740 e-mail biancamariafalchi@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 12 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>11</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>1</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>00</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione)
 Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione)
 Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
 Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente EsternoCognome Linguanti Nome SaverioCodice Fiscale LNGSVR63D03G687Z Luogo di nascita Piombino Data di nascita 03/04/1963

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono 030316798 Cellulare 3343293434 Fax 030316798 e-mail studiolinguanti@sav.bs.it Qualifica Avvocato

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 24 Totale compenso € 2.400,00 (a cui aggiungere IVA e c.p. del 4 %)

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 6 Totale spesa rimborso pasti € 165,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 3 Totale spesa pernottamento € 330,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*****FORMATORE/TUTOR n. 2**

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita

Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere

testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*****FORMATORE/TUTOR n. 3**

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita

Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere

testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
- Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso


A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3.045,12
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 330
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 165,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 370
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 206,58
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 4.116,70

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input checked="" type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie | <input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">DR. MARIO I. LAI</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<div style="text-align: center;">  <p>dr. Mario Lai Direttore del Servizio Sanità Animale</p> </div>