

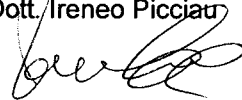
1022  
- 29 SET. 2016

## Allegato "A"

### Approvazione Progetto Formativo Aziendale ***"La fase preanalitica nel laboratorio analisi"***

Il presente allegato è composto  
di n. 14 fogli, di n. 14 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau



**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto: " "La fase preanalitica nel Laboratorio Analisi "**

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

Scegliere un elemento.

**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 4**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	<u>27/10/2016</u>	<u>27/10/2016</u>	6 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
2 <sup>a</sup> Edizione	<u>14/11/2016</u>	<u>14/11/2016</u>	7 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3 <sup>a</sup> Edizione	<u>15/11/2016</u>	<u>15/11/2016</u>	8 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4 <sup>a</sup> Edizione	<u>22/11/2016</u>	<u>22/11/2016</u>	9 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	10 <sup>a</sup> Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>

*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 ASL Cagliari

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) SerD via dei Valenzani snc

ASL8  
NP.2016/22716 del 12/09/2016 ore 10,08  
Mitt.: OSPEDALE SS.TRINITA'  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



## Partecipanti

**Numero di partecipanti per edizione 100 Totale Partecipanti 400**

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. Fare clic qui per immettere testo.  
operatori di altri Servizi ASL

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



### Progetto Formativo

#### Area tematica

Area diagnostica di laboratorio

#### Obiettivo formativo

Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie

#### Finalità

##### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Analisi dei fattori di qualità legati al prelievo, trasporto e conservazione del campione biologico che possono influire sulla corretta esecuzione degli esami di laboratorio e aggiornamento/acquisizione di conoscenze tecniche e abilità.

##### B - Acquisizione competenze di processo:

Condividere regole e comportamenti in un'ottica intra e interdipartimentale alla medicina di laboratorio per creare una cultura condivisa e promuovere la prevenzione di non conformità legate al prelievo, trasporto e conservazione del campione biologico.

##### C - Acquisizione competenze di sistema:

Sviluppare le conoscenze e le competenze nell'ottica della Qualità e sicurezza dei processi, attivare la sistematica e omogenea diffusione dei principi, degli strumenti e delle procedure (linee guida, protocolli, procedure, istruzione operative) legati alla fase preanalitica.

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

Sensibilità nella segnalazione delle non conformità legate alla fase preanalitica e adozione di azioni correttive e preventive per evitare il ripetersi delle non conformità più frequenti.

##### E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 12 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 Aste Nome Alessandra  
Codice Fiscale STALSN56A66B7450 Luogo di nascita Carbonia Data di nascita 26/01/1956  
Telefono 070/6095934 Cellulare 3346152648 Fax 070/6096059 e-mail alessandraaste@asl8cagliari.it  
Qualifica Responsabile SC Competenze Responsabile Laboratorio Analisi

#### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Rosmarino Nome Roberta  
Codice Fiscale RSMRRT73A42B354K Telefono 070/6093669 Cellulare 3887869187 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail robertarosmarino@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: 8 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>1,30</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>2,30</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>3,30</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>00</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>0,30</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.

### TUTOR n. 1

Ruolo Tutor Interno in orario di servizio  
Cognome Fois Nome Teresina  
Codice Fiscale FSOTSN55D46E022M Luogo di nascita Giba Data di nascita 06/04/1955  
Professione ECM Biologo Disciplina ECM Biologo  
Telefono 070/6095893 Cellulare 3401660095 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail teresina.fois@asl8cagliari.it Qualifica Dirigente Biologo  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Dirigenza in orario di servizio € 8,20  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 00 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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### TUTOR n. 2

Ruolo Tutor Interno fuori orario di servizio  
Cognome Rosmarino Nome Roberta  
Codice Fiscale RSMRRT73A42B354K Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/01/1973  
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere  
Telefono 070/6093669 Cellulare 3887869187 Fax 070/6093859 e-mail robertarosmarino@asl8cagliari.it Qualifica Infermiere  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Tutor Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### FORMATORE n. 1 Simona Cadoni

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Cadoni Nome Simona  
Codice Fiscale CDNSMN72P65B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 25/09/1972  
Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
Telefono 0706094460 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail simonaca72@fiscali.it Qualifica TSLB  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

### FORMATORE n. 2

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome Congiu Nome Paolo  
Codice Fiscale CNGPLA66B02M016D Luogo di nascita Villasalto Data di nascita 02/02/1966  
Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail paolocongiu@asl8cagliari.it Qualifica INFERMIERE  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

#### FORMATORE n. 3

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome CUCCURU Nome GIOVANNA MARIA  
 Codice Fiscale CCCGNN62C65G962A Luogo di nascita POZZOMAGGIORE Data di nascita 25/03/1962  
 Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM INFERMIERE  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giovannacuccuru@asl8cagliari.it Qualifica INFERMIERE  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

#### FORMATORE n. 4

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome FANARI Nome MATTIA UMBERTO  
 Codice Fiscale FNRMTM84H04B354N Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/06/1984  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail mattumberto@yahoo.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

#### FORMATORE n. 5

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome FANNI Nome MARCO  
 Codice Fiscale FNNMRC57R11B354P Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 11/10/1957  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marcofanni@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*



**FORMATORE n. 6**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome GONDOLA Nome SERGIO  
 Codice Fiscale GNSDRG67R28B354K Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 28/10/1967  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 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 sergiogondola@asl8cagliari.it  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 7**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
 Cognome LIXI Nome MARIA LUISA  
 Codice Fiscale LXIMLS56S66B354Y Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 26/11/1956  
 Professione ECM BIOLOGO Disciplina ECM BIOLOGO  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marialuisalixi@asl8cagliari.it Qualifica BIOLOGO  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 8**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome MAULLU Nome CARLO  
 Codice Fiscale MLLCRL66B13G113T Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 13/02/1966  
 Professione ECM BIOLOGO Disciplina ECM BIOLOGO  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail maullu@yahoo.it Qualifica BIOLOGO  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 9**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome MONTISCI Nome MARINA  
 Codice Fiscale MNTMRN62L49H501O Luogo di nascita ROMA Data di nascita 09/07/1962  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail marina.montisci@alice.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 10**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
 Cognome MURRU Nome MASSIMO  
 Codice Fiscale MRRMSM58H04B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/06/1958  
 Professione ECM MEDICO Disciplina ECM MEDICO  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail massimomurru@asl8cagliari.it Qualifica MEDICO  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 11**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome OLIVA Nome STEFANIA  
 Codice Fiscale LVOSFN66H63L122T Luogo di nascita TERRALBA Data di nascita 23/06/1966  
 Professione ECM BIOLOGO Disciplina ECM BIOLOGO  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail stefaniaoliva@asl8cagliari.it Qualifica BIOLOGO  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 12**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome PORCU Nome GIOVANNA ANTONIA  
 Codice Fiscale PRCGNN72D51F979T Luogo di nascita NUORO Data di nascita 11/04/1972  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giovannaporcu@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 13**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome ROMBI Nome LAURA  
Codice Fiscale RMBLRA54S62B354X Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 22/11/1954  
Professione ECM BIOLOGO Disciplina ECM BIOLOGO  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail laurarombi@asl8cagliari.it Qualifica BIOLOGO  
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 14**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome SANNA Nome FRANCESCA  
Codice Fiscale SNNFNC61R70B745J Luogo di nascita CARBONIA Data di nascita 30/10/1961  
Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail francescasanna@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 15**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome SATTA Nome ANTONIO  
Codice Fiscale STTNTN70L16B3540 Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 16/07/1970  
Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail antoniosatta@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
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 € 000,00  
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 16**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
Cognome SCARPELLINI Nome GIADA  
Codice Fiscale SCRGDI79R63B3541 Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 23/10/1979  
Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giada.scarpellini@tin.it Qualifica TSLB  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 17**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome SERRA Nome GIOVANNI  
 Codice Fiscale SRRGNN66B21G113J Luogo di nascita ORISTANO Data di nascita 21/02/1966  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail giovanniserra@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 18**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome MASALA Nome LAURA  
 Codice Fiscale MSLLRA68C66B354A Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 26/03/1968  
 Professione ECM MEDICO Disciplina ECM MEDICO  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail lauramasala@asl8cagliari.it Qualifica MEDICO  
 Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 19**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome SARNICOLA Nome ALESSANDRA  
 Codice Fiscale SRNLSN65A56B354S Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 16/01/1965  
 Professione ECM TSLB Disciplina ECM TSLB  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail alessandrasarnicola@asl8cagliari.it Qualifica TSLB  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

**FORMATORE n. 20**

Ruolo Docente Interno in orario di servizio  
 Cognome SERPI Nome MARIA TERESA  
 Codice Fiscale SRPMTR62L55E270B Luogo di nascita GUSPINI Data di nascita 15/07/1962  
 Professione ECM INFERMIERE Disciplina ECM INFERMIERE  
 Telefono Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Qualifica INFERMIERE  
 Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
 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 € 000,00  
 Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00  
 Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00

*E 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?  Si  No



**Riepilogo voci di spesa del corso**

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 2200,00</u>
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	Fare clic qui per immettere testo.
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	<u>€ 350,00</u>
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<u>€ 2.550,00</u>

**Macrostruttura di appartenenza**

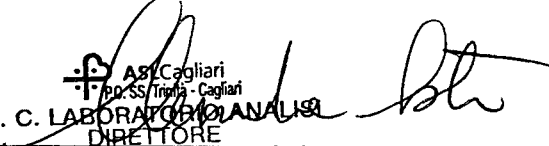
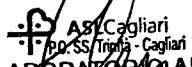
- Coordinamento distretti  Centrale Operativa 118  
 D.A. Servizi amministrativi  Dipartimento Emergenza Urgenza  
 D.A. Servizi tecnico logistici  Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari

- Dipartimento Farmaco
- Dipartimento Prevenzione
- Dipartimento Salute Mentale
- P.O. Marino

- P.O. San Giuseppe
- P.O. San Marcellino
- P.O. Santissima Trinità
- 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><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>ALESSANDRA ASTE RESPONSABILE S.C. LABORATORIO ANALISI P.O. SS. TRINITA'</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>    S. C. LABORATORIO ANALISI  DIRETTORE  Dott.ssa Alessandra Aste</p>

*(Handwritten mark)*