

1248  
30 NOV. 2016

Allegato "A"

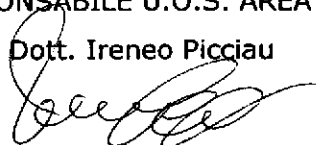
## **Approvazione Progetto Formativo Aziendale:**

**"LA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE NELLE AZIENDE  
SANITARIE: IL DISTRETTO, DISTRIBUZIONI DI COMPITI E  
RESPONSABILITA' IN BASE ALLE FIGURE  
PROFESSIONALI/QUALIFICHE DI APPARTENEZZA"**

Il presente allegato è composto di n. 10 fogli,  
di n. 10 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



Prot.num.1762 del 17/10/2016

Al Responsabile Area Formazione  
Dott. Ireneo Picciau

Loro Sedi

Oggetto: Attivazione evento formativo extra piano aziendale per l'anno 2016 – Distretto 2 Area Ovest.

In riferimento all'oggetto si trasmettono i seguenti allegati:

1. Richiesta e autorizzazione del Commissario Straordinario all'utilizzo del budget per la formazione specifica per l'organizzazione di evento formativo;
2. Richiesta attivazione progetto formativo residenziale;
3. Richiesta preventivo docenza progetto formativo;
4. Dichiarazione di disponibilità e preventivo Avv.ti Andrea Loi e Fabio Basile;
5. Indicazione di scelta dei docenti;
6. Accettazione di incarico dei docenti, Avv.ti Andrea Loi e Fabio Basile;
7. Dichiarazione di disponibilità e preventivo per attività di responsabile scientifico;
8. Programma del corso e materiale didattico.

Totale pagine allegate alla presente n. 18.

Distinti saluti

ASL8  
NP. 2016/25940 del 19/10/2016 ore 12,53  
Mitt.: DISTRETTO 2 - Area Ovest  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2016



Il Direttore del Distretto Sociosanitario 2 Area Ovest

Dott.ssa Luisa Casu



Dott.ssa Rita Concas  
Coordinamento amministrativo 2 Area Ovest  
070/94854250 – 3490930324  
ritaconcas@asl8cagliari.it

ASLB  
NP. 2016/24854 del 07/10/2016 ore 09,08  
Mitt.: DISTRETTO 2 - Area Ovest  
Ass : DIREZIONE GENERALE  
Class : 1



Al Commissario Straordinario  
Dott.ssa Savina Ortu

Prot. num. 1684 del 05/10/2016

Sede

Oggetto: Richiesta autorizzazione attivazione evento formativo extra piano aziendale per l'anno 2016.

Si chiede l'autorizzazione all'attivazione di un progetto formativo extra piano aziendale 2016 tramite l'utilizzo del budget assegnato al Distretto scrivente per la formazione specifica, pari ad € 4.546,50. Ad oggi non sono pervenute domande di formazione specifica e nessun dipendente ha intenzione di utilizzare il suddetto budget.

Di seguito si indica il progetto del corso e i dati necessari per poter valutare l'eventuale autorizzazione del corso.

Titolo: "La responsabilità del dipendente pubblico nelle Aziende Sanitarie". Il corso sarebbe indirizzato a tutti gli operatori del Distretto – comparto (amministrativi e sanitari) e dirigenza (medica e sanitaria). Il corso sarebbe molto utile in quanto si verificano spesso delle criticità riguardanti la ripartizione delle responsabilità fra i vari operatori e i rapporti di gerarchia. Sarebbe quindi necessario approfondire la suddetta tematica, anche attraverso la disamina di casi pratici e simulazioni, oltre all'esposizione della normativa vigente in materia.

Si prevedono almeno 4 edizioni al fine di ripartire il personale del Distretto ed evitare di sovraffollare le aule ma soprattutto scoprire i servizi.

I docenti sarebbero almeno 2 avvocati scelti in collaborazione con il Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Cagliari, per i quali si provvederà in tempi brevi all'iscrizione all'albo dei formatori.

Per quanto riguarda i compensi si assicura il rispetto del tetto del budget assegnato.

In allegato la scheda di attivazione del progetto che verrà eventualmente presentata in caso di autorizzazione. La stessa non è stata compilata completamente poiché alcuni dati (per esempio le date esatte delle edizioni e la ripartizione dei costi) vanno ancora verificati.

Distinti saluti

Il Direttore del Distretto Sociosanitario 2 Area Ovest

Dott.ssa Luisa Casu

to autorizzare

nell'ambito delle  
risorse assegnate x formazione

06/10/16

3  
- Distretto 2  
Area Formazione  
8-10-2016

Servizio Proponente Fare clic qui per immettere testo.

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**

**Titolo del Progetto:** " LA RESPONSABILITA' DEL DIPENDENTE NELLE AZIENDE SANITARIE:IL DISTRETTO, DISTRIBUZIONE DI COMPITI E RESPONSABILITA' IN BASE ALLE FIGURE PROFESSIONALE/QUALIFICHE DI APPARTENENZA "

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**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	29/11/2016	29/11/2016	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	30/11/2016	30/11/2016	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	06/12/2016	06/12/2016	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	13/12/2016	13/12/2016	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	16/12/2016	16/12/2016	10 <sup>a</sup> 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 ASL CAGLIARI AREA FORMAZIONE

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) VIA CARAVAGGIO

4  
1

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 20 Totale Partecipanti 20

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 5 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

8

5

2

**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 checked="" 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., transf., 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

6

3

## Progetto Formativo

### Area tematica

Area giuridico - normativa

### Obiettivo formativo

Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

ACQUISIZIONE DI COMPETENZE SU ASPETTI NORMATIVI, ECONOMICI E PROFESSIONALI RIGUARDANTI LE SINGOLE QUALIFICHE

#### B - Acquisizione competenze di processo:

ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE IN BASE ALLE SINGOLE QUALIFICHE, COMPETENZE E CAPACITA'

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

SOLUZIONE DELLE CRITICITA' EVIDENZIATE DURANTE IL CORSO CIRCA L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NEL DISTRETTO

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

UTILIZZO RAZIONALE DEL PERSONALE E MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NEL DISTRETTO, MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO DI OGNI SINGOLA QUALIFICA/FIGURA PROFESSIONALE

#### 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 BASILE Nome FABIO

Codice Fiscale BSLFBA77T17B354B Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 17/12/1977

Telefono 3469533829 Cellulare 3469533829 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail

FABIOBASILE77@GMAIL.COM

Qualifica AVVOCATO Competenze ESPERIENZA NEL CAMPO DEL DIRITTO DEL LAVORO, CIVILE E PENALE

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome CONCAS Nome RITA

Codice Fiscale CNCRTI77A61H856J Telefono 070/94854250 Cellulare 3490930324 Fax 070/94854242 e-mail

RITACONCAS@ASL8CAGLIARI.IT

7  
4

## 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: 5 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>2</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>3</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>00</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)

4

### 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.

8

5



**FORMATORE/TUTOR n. 1**Ruolo Docente EsternoCognome LOI Nome ANDREACodice Fiscale LOINDR75L09B354N Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 09/07/1975Professione ECM FORMATORE Disciplina ECM AREA GIURIDICATelefono 070/482456 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail Fare clic qui per immettere testo. 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 20 Totale compenso € 2.000

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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente EsternoCognome BASILE Nome FABIOCodice Fiscale BSLFBA77T17B354B Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 17/12/1977Professione ECM FORMATORE Disciplina ECM AREA GIURIDICATelefono 3469533829 Cellulare 3469533829 Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail FABIOPASILE77@GMAIL.COM Qualifica AVVOCATO

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo

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

9

6

### 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)	€ 2.000,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
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)	€ 350,00
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 2.350</b>

### Macrostruttura di appartenenza

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Coordinamento distretti             | <input 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><b>Nome e cognome (in stampatello)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale).</p>	<p style="font-size: 2em; text-align: center;">LUISA CASU</p>
<p><b>Timbro e Firma (leggibile)</b> Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;"><b>ASL CAGLIARI</b> DISTRETTO SOCIO SANITARIO 2 AREA OVEST IL DIRETTORE DEL DISTRETTO Dr.ssa LUISA CASU</p> <p style="text-align: right;"><i>[Firma]</i></p>

10  
7