

**SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ATS- AREA SOCIO SANITARIA LOCALE CAGLIARI**

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-385 DEL 26/06/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

OGGETTO:

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: Il sangue bene comune

Con la presente sottoscrizione si dichiara che l'istruttoria è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico.

Responsabile Struttura Proponente:
Dott. /Dott.ssa: TULLIO GARAU (firma digitale apposta)

La presente Determinazione:

è soggetta alla comunicazione al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29 della L. R. n° 10/ 2006 e ss.mm.ii.

Si attesta che la presente determinazione dirigenziale viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line dell'ASSL Cagliari, dal **27/06/2017** al **12/07/2017**

Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

- VISTA** la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 di istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS);
- VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale della ASSL di Sassari n. 143 del 29/12/2016 di nomina del dott. Paolo Tecleme Direttore dell'Area Socio Sanitaria di Cagliari;
- VISTO** la Deliberazione del Direttore Generale della ATS n. 11 del 18/01/2017 avente per oggetto l'individuazione delle funzioni/attività attribuite ai Direttori delle Aree Socio-Sanitarie e ai Dirigenti dell'Azienda per la Tutela della Salute;
- VISTA** la nota prot. n. 817 del 05.01.2017 con la quale il Direttore ASSL Cagliari, nelle more dell'adozione da parte dell'ATS del nuovo sistema di deleghe dirigenziali, al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi, conferma i provvedimenti di attribuzione delle deleghe aziendali adottati dall'ex ASL 8;
- VISTA** la nota del Direttore ASSL Cagliari, prot. n. NP/2017/30358 del 04/04/2017, con la quale conferma che il dott. Tullio Garau, già nominato sostituto, prosegue nello svolgimento della funzione di Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione;
- DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;
- RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, (G.U. n. 80 del 05/04/2013), in materia di trattamento dei dati personali;
- VISTA** la Legge Regionale n.10 del 28.07.2006 sul "Riordino del servizio sanitario della Sardegna" e in particolare l'art.25 che stabilisce che "La Regione riconosce l'importanza della formazione tecnico-professionale e gestionale della dirigenza e del restante personale del SSR e a, tale scopo ne favorisce la formazione continua e promuove occasioni di formazione sulla programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alla diffusione delle tecniche di monitoraggio e controllo sull'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni e dei servizi sanitari;
- l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul "Riordino del Sistema di Formazione Continua in Medicina", del 1 agosto 2007 e il successivo Accordo del 2 febbraio 2017 sul documento "La formazione continua nel settore salute";
- il D.P.C.M. 26 Luglio 2010 - Recepimento dell'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, stipulato in data 5 Novembre 2009, in materia di accreditamento dei Provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti;

l'art. 3 della L. 136/2010 "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia" e s.m.i.;

il D. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;

l'art. 53, comma 6 lettera F bis del D. lgs. n. 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

la DGR n. 72/23 del 19 dicembre 2008, "Riordino del sistema regionale della formazione continua in medicina";

la Delibera ASL Cagliari n. 401 del 16 aprile 2010, "Adozione, in via sperimentale, del Regolamento Aziendale in Materia di Formazione ed Aggiornamento Professionale";

PRESO ATTO

delle delibere ASL Cagliari n. 137 del 30/01/2013 " recepimento della deliberazione G.R. n. 52/94 del 23/12/2011, n. 138 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/74 del 24/07/2012, n. 139 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 140 del 30/01/2013 recepimento deliberazione G.R. n. 32/80 del 24/07/2012, relative agli indirizzi per il Nuovo Sistema ECM;

della delibera della Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n. 4/14 del 5 febbraio 2014 "Manuale di Accreditamento dei provider regionali ECM";

ATTESO

che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016, in quanto il predetto progetto è incluso nel PFA 2017;

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/52029 del 13/06/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Ferdinando Angelantoni Direttore Sanitario P.O. Isili, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale "**Il sangue bene comune**", nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i docenti e i tutor individuati del progetto formativo;

ACCERTATO che:

- le attività di formazione proposte risultano articolate come segue:

Sede, durata e docenti

- Il corso sarà tenuto in n. 4 edizioni di una giornata, della durata pari a 8 ore ciascuna;
- Destinatari del progetto (50 partecipanti per edizione) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno il 14/06/2017 – 14/10/2017 – 14/11/2017 – 14/12/2017 presso la sala conferenze del P.O. San Giuseppe – Via Emilia, 1 - Isili;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate ai docenti interni fuori orario di servizio: Domenica Maria Balata, Santandrea Anna, Catzula Giuseppe, Pisano Sandrina, Argiolas Teresa, Piras Maria Teresa, Sulas Anna Maria, Peis Rita, Anedda Marina, Demuro Maria Laura, al docente interno in orario di servizio: Fileo Satta, ai tutor interni fuori orario di servizio: Niedda Maria Rosa e Lai Adalgisa;

Modalità di partecipazione:

La formazione in parola, ferme restando le esigenze di continuità del servizio, costituisce aggiornamento obbligatorio per i dipendenti ASSL di Cagliari individuati, per i quali le eventuali eccedenze orarie accumulate in occasione dell'attività formativa rispetto al debito settimanale daranno luogo, esclusa qualsivoglia forma di monetizzazione, al recupero della stessa previa intesa con il diretto responsabile gerarchico;

Aspetti economici:

La spesa massima prevista per la realizzazione del progetto è pari a € 4.600,00. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compensi docenti e tutor, materiale didattico), come specificato in dettaglio nella tabella costi previsti allegata al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale (Allegato A);

Preso atto che:

- i docenti sono stati proposti ed individuati dal Responsabile della UO proponente con dichiarazione acquisita agli atti (nota prot. NP/2017/52029 del 13/06/2017) dalla quale risulta che le scelte sono state tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi anche in virtù dei ruoli professionali svolti come risulta dai *curricula* degli stessi e dichiara, inoltre, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione e in materia di codice di comportamento, che in merito a tale indicazione di scelta non sussistono da parte sua conflitti di interesse, (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);
- il Responsabile della U.O. proponente ha fornito le dichiarazioni acquisite agli atti (nota prot. n. NP/2017/52029 del 13/06/2017) da parte dei docenti relative all'insussistenza di cause di inconferibilità, incompatibilità, o di conflitto di interessi all'assunzione dell'incarico conferito (che si allegano quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A);

DETERMINA

per i motivi esposti in premessa:

- 1) di approvare il Progetto Formativo Aziendale "**Il sangue bene comune**";
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 4.600,00 le spese complessive da sostenere per la realizzazione del progetto formativo in oggetto (dettagliati nella tabella contenuta nell'Allegato A). Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (compensi docenti e tutor, materiale didattico);

- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 200,00 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 8,70;
- 5) che il costo per l'organizzazione del corso di formazione graverà sui fondi per la Formazione Aziendale definiti con delibera della ASL 8 di Cagliari n. 1534 del 15/12/2016, in quanto il predetto progetto è incluso nel PFA 2017;
- 6) di dare atto che la spesa graverà sull'esercizio finanziario secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFF. AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCLUSA)
2017	BS2	AREA FORMAZIONE	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	600,00
2017	BS2	AREA FORMAZIONE	A510010501	Compensi docenti interni	4.000,00

- 7) di autorizzare il Servizio Bilancio al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 8) di autorizzare il Servizio Personale al pagamento delle competenze dovute in favore di coloro che erogheranno servizi per la funzionalità del progetto formativo a seguito di presentazione di regolare documentazione contabile e previa liquidazione contenente l'attestazione di regolare esecuzione da parte del responsabile della UO proponente il Progetto formativo;
- 9) di demandare all'Area Formazione del Servizio Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale, per quanto di competenza, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi con l'attuazione delle predette attività ECM regionale e l'eventuale utilizzo della cassa economale di competenza;
- 10) di comunicare la presente deliberazione all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della L.R. n. 10/2006, come modificato dall'art. 3 della L.R. n° 21/2012;

Il Responsabile del Servizio Sviluppo Organizzativo e valutazione del Personale – Area Formazione

dott. Tullio Garau
(firma digitale apposta)

Allegato "A"

Il presente allegato è composto
di n. 38 fogli, di n. 38 pagine



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO FORMATIVO

Io sottoscritto **Ferdinando ANGELANTONI** Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive" evento n°109
nell'ambito del P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'EVENTO SOPRACITATO PER IL 14 giugno 2017

in occasione della **Giornata Mondiale del donatore di sangue** che sarà celebrata in tutto il mondo

di cui si allega programma .

Isili, li 7 GIUGNO 2017



DIRETTORE SANITARIO
Dot. F. Angelantoni



nell' specifico gli Allegati alla presente sono:

- scheda attivazione progetto;
- programma;
- indicazione di scelta del responsabile scientifico e accettazione;
- indicazione di scelta dei docenti e tutor e accettazioni.

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat

Servizio Proponente

CENTRO RACCOLTA SANGUE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto:

IL SANGUE BENE COMUNE (IO DONO, TU DONI, EGLI VIVE)

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*

Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

(cancellare le voci che con interessano)

- Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

NO

(cancellare la voce che con interessa)

È previsto l'uso della sola lingua italiana?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

È prevista una quota di partecipazione?

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

Se "SI" indicare l'importo €

50,00 per MEDICI DI BASE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore?

NO *(cancellare la voce che con interessa)*

Se "SI" indicare la denominazione

Numero di edizioni previste 4

	Data Inizio	Data fine
Prima edizione	14/06/17	14/06/17
Seconda edizione	14/10/17	14/10/17
Terza edizione	14/11/17	14/11/17
Quarta edizione	14/12/17	14/12/17

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento.

Sede di svolgimento

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

SI *(cancellare la voce che con interessa)*

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede CENTRO RACCOLTA SANGUE + SALA CONFERENZE P.O. ISILI

Indirizzo (ISILI/via EMILIA/n°1 civico/cap 09134)

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 **Totale Partecipanti** 200

Riservato agli operatori del Servizio proponente 0 - Aperto a n. 15 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 15 operatori di altre ASL - Aperto a n. 20 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Tutte le professioni

Discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

- **Tutte le discipline**

Discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

N.B. (cancellare le voci che con interessano)

Progetto Formativo

Area tematica

N.B. (Indicare una sola Area Tematica, cancellare tutte le voci che con interessano)

- Area prevenzione e promozione della salute

Obiettivo formativo

N.B. (Indicare un solo obiettivo formativo, cancellare tutte le voci che con interessano)

- Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali: IDONEITA' DONATORE

B - Acquisizione competenze di processo: SELEZIONE DONATORE

C - Acquisizione competenze di sistema: Accrescere la consapevolezza del ruolo che i professionisti devono svolgere nel sensibilizzare i potenziali donatori.

D - Previsione di ricaduta formativa MIGLIORAMENTO STILI DI VITA:

E - Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 6, AUMENTO DONAZIONI SANGUE

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico nel progetto

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

Cognome BALATA Nome MARIA DOMENICA
 Codice Fiscale BLTMDM59C60L098O
 Luogo di nascita TEMPIO PAUSANIA Data di nascita 20/03/1959
 Telefono 0782820345 Cellulare 3394945755
 e-mail mariadomenicabalata@asl8cagliari.it
 Qualifica MEDICO Competenze RESP. CENTRO RACCOLTA SANGUE

Referente della segreteria organizzativa

Cognome SATTA Nome FILEO
 Codice Fiscale STTFLI80R07B354Y
 Telefono 0782820345 Cellulare 3395253101
 e-mail filcosatta.speca@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	X	X
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	1	X
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	1	X
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	1	X
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	2	X
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	X	X
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	X	X
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	3	X
Role - Playing	RP	X	X

--	--	--	--

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti

cancellare tutte le voci che con interessano

▪ *Prova orale (allegare le domande)*

1. Chi ha un tatuaggio o un piercing non può donare: Falso.

2. Chi beve o fuma non può donare: Falso.

3. Per donare servono troppe ore: Falso.

4. Gli sportivi non possono donare: Falso.

5. Donare il sangue è doloroso: Falso.

6. Gli omosessuali non possono donare: Falso.

7. Con la donazione si possono contrarre malattie infettive? Falso.

8. La donazione fa diminuire la pressione arteriosa negli ipertesi? Falso.

9. Per donare devi essere a digiuno: Falso.

10. Bisogna donare 4 volte l'anno e non si può smettere più: Falso.

Attrezzatura

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

cancellare tutte le voci che con interessano

- Videoproiettore
- Computer portatile

- Lavagna a fogli mobili
- Altro (CAVALLETTO PER LAVAGNA A FOGLI MOBILI)

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio.

Cognome BALATA Nome MARIA DOMENICA

Codice Fiscale BLTMDM59C60L098O

Luogo di nascita TEMPIO PAUSANIA Data di nascita 20/03/1959

Telefono 0782820345 Cellulare 3394945755

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica MEDICO **Competenze** RESP. CENTRO RACCOLTA SANGUE

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza, (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Dirigenza fuori orario di Servizio €41,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 Totale compenso € 82

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

FORMATORE/TUTOR n. 2

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio.

Cognome SANTANDREA Nome ANNA

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita SASSARI Data di nascita 27/07/1970

Telefono 0782820345 Cellulare 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica MEDICO Competenze MEDICO. CENTRO RACCOLTA SANGUE

Inquadramento CCNL Formatori interni: Dirigenza (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Dirigenza fuori orario di Servizio €41,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 Totale compenso € 82

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

FORMATORE/TUTOR n. 3

Ruolo: Docente interno in orario di Servizio.

Cognome SATTA **Nome** FILEO **Codice Fiscale** STTFLI80R07B354Y

Luogo di nascita CAGLIARI **Data di nascita** 07/10/1980

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica MEDICO **Competenze** MEDICO. CENTRO RACCOLTA SANGUE

Inquadramento CCNL Formatori Interni: Dirigenza. (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Dirigenza in orario di Servizio € 8,20

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 32,8

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

FORMATORE/TUTOR n. 4

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio,

Cognome CATZULA **Nome** GIUSEPPE **Codice Fiscale** ctz6pp62dd03i851e

Luogo di nascita SORGONO **Data di nascita** 03-04-1962

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica TEC.LAB **Competenze** TEC.LAB

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto, (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 5

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio.

Cognome PISANO **Nome** SANDRINA **Codice Fiscale** PSNSDR66D60F986L

Luogo di nascita NURRI **Data di nascita** 20-04-1966

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica TEC.LAB **Competenze** TEC.LAB

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto. (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 6

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio,

Cognome ARGIOLAS **Nome** TERESA **Codice Fiscale** RGLTRS68C49F986J
Luogo di nascita NURRI **Data di nascita** 09-03-1968

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica TEC.LAB **Competenze** COORDINATORE TEC.LAB

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto, (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio.

Cognome PIRAS **Nome** MARIA TERESA **Codice Fiscale** PRSMTR59E51E336K

Luogo di nascita ISILI **Data di nascita** 11-05-1959

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica Infermiera **Competenze** Infermiera Dir. Sanitaria

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto. (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 8

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio,

Cognome SULAS **Nome** ANNA MARIA **Codice Fiscale** SLSNMR69L67L987J

Luogo di nascita VILLANOVAFRANCA **Data di nascita** 27-07-1969

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica TEC.LAB **Competenze** COORDINATORE TEC.LAB

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto. (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 9

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio,

Cognome PEIS **Nome** RITA **Codice Fiscale** PSERTI70E65E336N

Luogo di nascita ISILI **Data di nascita** 25-05-1970

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica infermiera **Competenze** referente centro raccolta sangue

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto, (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 10

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio.

Cognome ANEDDA **Nome** MARINA **Codice Fiscale** MDSMRN64H61E877X

Luogo di nascita MANDAS **Data di nascita** 21-06-1964

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica Infermiera **Competenze** INF centro raccolta sangue

Inquadramento CCNL Formatori Interni: Comparto. (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 11

Ruolo: Docente interno fuori orario di Servizio,

Cognome DEMURO **Nome** MARIA LAURA **Codice Fiscale** DMRMLR60A48L992P
Luogo di nascita VILLANOVATULO **Data di nascita** 08-01-1960

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica infermiera **Competenze** INF centro raccolta sangue

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Docente interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 4 **Totale compenso €** 103,28

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

FORMATORE/TUTOR n. 12

Ruolo: Tutor interno fuori orario di Servizio.

Cognome DEMURO **Nome** MARIA ROSA **Codice Fiscale** Nddmrs53c69g203e

Luogo di nascita OZIERI **Data di nascita** 29/03/1953

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica infermiera **Competenze** INF centro raccolta sangue

Inquadramento CCNL Formatori interni: Comparto (N.B. cancellare la voce che con interessa)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (N.B. cancellare tutte le voci che con interessano)

Tutor interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 **Totale compenso €** 25,82

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

FORMATORE/TUTOR n. 13

Ruolo: Tutor interno fuori orario di Servizio.

Cognome LAI **Nome** ADALGISA **Codice Fiscale** LAI DGS60E57B068C

Luogo di nascita BOSA **Data di nascita** 17/05/1960

Telefono 0782820345 **Cellulare** 3371475502

e-mail centroraccoltasangue.isili@asl8cagliari.it

Qualifica BIOLOGO **Competenze** TEC.LAB

Inquadramento CCNL Formatori Interni: Comparto (*N.B. cancellare la voce che con interessa*)

Fascia retributiva di competenza e relativo importo: (*N.B. cancellare tutte le voci che con interessano*)

Tutor interno Comparto fuori orario di Servizio € 25,82

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 2 **Totale compenso €** 25,82

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)	€ 4000,00
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)	€ 600,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ /
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 4600

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze
<input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input checked="" type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<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 style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">FERDINANDO ANTONI</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">DIRETTORE P.O. ISILI Dott. F. ANTONI</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI

07 GIU. 2017

POSTA IN ARRIVO

N° _____ Del _____

PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE P.O.ISILI

IL PROGETTO IL SANGUE BENE COMUNE

“IO DONO, TU DONI, EGLI VIVE”

EVENTO N°109 NELL'AMBITO DEL P.F.A. 2017 DELIBERA 1534 DEL 15/12/2016

DATA: 14 GIUGNO 2017 Città: ISILI

SEDE: CENTRO RACCOLTA SANGUE E SALA CONFERENZE P.O. ISILI

DESTINATARI: TUTTE LE PROFESSIONI;

Calendario dei lavori

Orario	Argomento	Docente	TUTOR
7:00 / 7:30	Registrazione Partecipanti	Resp.Segreteria	X
7:30 / 9:30	SELEZIONE DONATORE IDENTIFICAZIONE GRUPPO Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	SANTANDREA PEIS - DEMURO - PIRAS ARGIOLAS - SULAS	NIEDDA
9:30 / 11:30	DONAZIONE SANGUE Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	BALATA PEIS - ANEDDA - CATZULA - PISANO	LAI
11:30 / 12:30	LAVORAZIONE E TRASPORTO UNITA' DI SANGUE PRELEVATE sotto la guida di conduttori esperti	ANEDDA - DEMURO ARGIOLAS - SULAS SATTA	X
12:30 / 13:30	Tavola rotonda con dibattito tra esperti su come si possa implementare la donazione di sangue nel territorio di competenza per raggiungere l'autossufficienza regionale	SATTA PIRAS CATZULA - PISANO ANEDDA DEMURO	X
13:30 / 14:30	Confronto / dibattito tra pubblico organizzato in gruppi guidati da un conduttore esperto nel settore	SATTA PIRAS CATZULA - PISANO ARGIOLAS SULAS	X
14:30 / 15:00	Conclusioni e PROVA FINALE	Resp.Segreteria	

Indicazione di scelta del Responsabile Scientifico 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 Ferdinando ANGELANTONI Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

di prossima programmazione

indico quale Responsabile Scientifico dell'attività formativa in questione

Dr. MARIA DOMENICA BALATA

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.

- **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.**

Isili, li 7 GIUGNO 2017

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cal.



Firma e timbro
DIREZIONE SANITARIA
DIRETTORE SANITARIO
Dott. F. Angelantoni

Dichiarazione

Accettazione incarico di Responsabile Scientifico 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 BALATA MARIA DORENICA nominato in qualità di

Responsabile Scientifico per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo :

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE** "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive" evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
PRESIDIO OSPEDALIERO ISILI
UNITA' RACCOLTA SANGUE
(Dott.ssa Maria D. Balata)

Maria D. Balata

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cal.



**Indicazione di scelta del docente / 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 Ferdinando ANGELANTONI _____ Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive" evento n°109** nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016 di prossima programmazione

1) indico quale docente o tutor dell'attività formativa in questione

NOME	QUALIFICA	FUNZIONE
MARIA DOMENICA BALATA	MEDICO RESP.CENTRO SANGUE	DOCENTE
ANNA SANT'ANDREA	MEDICO CENTRO SANGUE	DOCENTE
FILEO SATTA	MEDICO CENTRO SANGUE	DOCENTE
CATZULA GIUSEPPE	TEC LABORATORIO	DOCENTE
PISANO SANDRINA	TEC LABORATORIO	DOCENTE
ARGIOLAS TERESA	CAPO TEC LABORATORIO	DOCENTE
SULAS ANNA MARIA	TEC LABORATORIO	DOCENTE
LAI ADALGISA	TEC LABORATORIO	TUTOR
PIRAS MARIA TERESA	INFERMIERA LABORATORIO	DOCENTE
PEIS RITA	INFERMIERA REF.CENTRO SANGUE	DOCENTE
ANEDDA MARINA	INFERMIERA CENTRO SANGUE	DOCENTE
DEMURO MARIA LAURA	INFERMIERA CENTRO SANGUE	DOCENTE
NIEDDA MARIA ROSA	INFERMIERA SALA PRELIEVI	TUTOR

di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale 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.

- 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**.
- dichiaro, inoltre, che, l'incarico verrà svolto al di fuori dell' orario di servizio secondo Massimali e retribuzione dei docenti /tutor (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012) .

Isili, li 7 GIUGNO 2017

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat.



Firma e timbro
DIREZIONE SANITARIA
DIRETTORE SANITARIO
Dot. F. Angelantoni

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 sottoscritt BALATA MARIA DOMENICA nominat_ in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del

P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

di prossima programmazione,

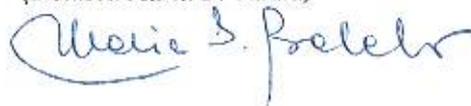
dichiaro

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI		
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI		
	07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO		
N°		Cat.

Firma e timbro
ASL N. 8 - CAGLIARI
P.O. ISILI
SERVIZIO LABORATORIO ANALISI
(Dott.ssa Maria D. Balata)



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 sottoscritt ANNA SANTANDREA nominat_ in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del

P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

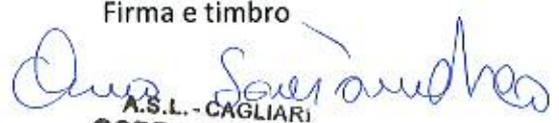
di prossima programmazione,

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017



Firma e timbro

A.S.L. - CAGLIARI
OSPEDALE DI ISILI
AMBULATORIO DI EMATOLOGIA
Dott.ssa Anna Santandrea
MATR. N° 1226

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 sottoscritt_ FILEO SATTA nominat_ in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive" evento n°109** nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, lì 7 GIUGNO 2017

A.S.L. - CAGLIARI
OSPEDALE DI ISILI
AMB. di PATOLOGIA CLINICA
Dott. Fileo Satta
MATR.N° 801307

AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat.

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)

Il sottoscritto CATZULA IGNAZIO nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N° _____	Cat. _____

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 PISANO SANDRINA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro

Sandrina Pisano

AZIENDA USL n° 6 - CAGLIARI		
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI		
	07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO		
N°		Cat.

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 ARGIOLAS TERESA nominata in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del

P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

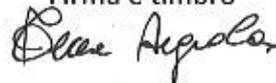
di prossima programmazione,

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.

Isili, lì 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat.

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 SULAS ANNA MARIA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI		
07 GIU. 2017		
POSTA IN ARRIVO		
N°	Cat.	

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 sottoscritt LA I ADACBISA nominat_ in qualità di

Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

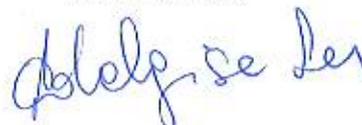
di prossima programmazione,

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 5 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N° _____	Cal. _____

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 PIRAS MARIA TERESA nominato in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

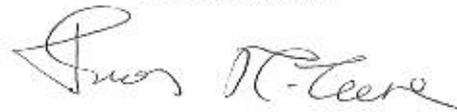
di prossima programmazione,

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.

Isili, lì 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N° _____	Cat. _____

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 sottoscritt_ Peis Pte nominat_ in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro

Peis

AZIENDA USL n° 5 - CAGLIARI		
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI		
	07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO		
N°		Cat.

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 sottoscritt ANESSA PAOLINA nominata in qualità di

Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

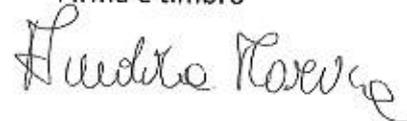
di prossima programmazione,

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.

Isili, lì 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cal.

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 sottoscritt Demmo M. Leone nominat_ in qualità di
Docente/Codocente per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del
P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

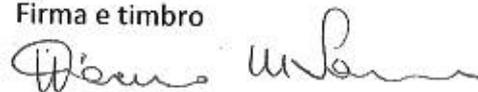
di prossima programmazione,

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro





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 sottoscrittA NIEDA MARIA ROSA nominatA in qualità di

Tutor per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto **IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive"** evento n°109 nell'ambito del

P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

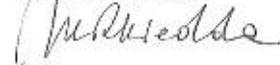
di prossima programmazione,

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.

Isili, li 7 GIUGNO 2017

Firma e timbro



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat.

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO FORMATIVO

Io sottoscritto **Ferdinando ANGELANTONI** _____ Responsabile/Direttore del P.O. di ISILI,
committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

il progetto IL SANGUE BENE COMUNE "Io Dono, Tu Doni, Egli Vive" evento n°109

nell'ambito del P.F.A. 2017 delibera 1534 del 15/12/2016

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DELL'EVENTO SOPRACITATO PER IL 14 giugno 2017

in occasione della **Giornata Mondiale del donatore di sangue** che sarà celebrata in tutto il mondo

di cui si allega programma .

Isili, li 7 GIUGNO 2017



DIRETTORE SANITARIO
Dott. F. Angelantoni



AZIENDA USL n° 8 - CAGLIARI	
DIREZIONE SANITARIA P.O. ISILI	
07 GIU. 2017	
POSTA IN ARRIVO	
N°	Cat.