

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N° DTD8-2017-607 DEL 08/09/2017

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO DI STAFF - AREA FORMAZIONE

**OGGETTO:
PFA "Disseminazione e implementazione dei requisiti organizzativi di qualità"**

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 **08/09/2017** al **23/09/2017**

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;

VISTA

la scheda di attivazione del Progetto Formativo prot. n. NP/2017/61614 del 13/07/2017 (che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto - Allegato A) con la quale il dott. Aldo Monni, Responsabile del SSD Accreditamento Istituzionale, chiede che sia attivato il progetto formativo aziendale extra piano **"Disseminazione e implementazione dei requisiti organizzativi di qualità"**, nella quale sono precisati gli obiettivi, il responsabile scientifico, la tipologia dei partecipanti, i costi, i docenti 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 della durata pari a 4 ore ciascuna;
- Destinatari del progetto (50 partecipanti per edizione) saranno individuati e comunicati dalla struttura proponente all'Area Formazione;
- Le attività didattiche si svolgeranno dal 27 settembre al 17 ottobre 2017 presso i locali aziendali;
- le attività di docenza, come meglio di seguito precisato saranno affidate ai docenti interni in orario di servizio a titolo gratuito: Paola Arcadu, Milena Aresu, Claudia Calanca, Giuliana Cao, Maria Antonietta Fois, Luigi Fucas, Rosanna Massessi, Maria Vincenza Monni, Ilenia Piras, Maria Luisa Soddu;

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 € 172,15. Si specifica che in tale spesa rientrano tutte le spese organizzative necessarie (costi di accreditamento), 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/2017/61614 del 13/07/2017) 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 (note prot. n. NP/2017/61614 del 13/07/2017) 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 **“Disseminazione e implementazione dei requisiti organizzativi di qualità”**;
- 2) di definire che le attività formative si terranno come da data, articolazione oraria indicate nel programma;
- 3) di fissare in € 172,15 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 (costi di accreditamento);
- 4) di dare atto che l'importo di spesa pro-capite stimato per ciascun partecipante è pari a € 7,48 e che l'importo di spesa pro-capite/ora stimato sarà pari a € 0,33;

- 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;
- 6) di dare atto che la spesa graverà sull'esercizio finanziario secondo la tabella di seguito riportata:

ANNO	UFFICIO AUTORIZZ.	MACRO	COD. CONTO	DESCRIZIONE	IMPORTO (IVA INCL.)
2017	BS2	Area Formazione	A506030204	Spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale	€ 172,15

- 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 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;
- 9) 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. 24 fogli, di n. 24 pagine



Prot. n.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2017/61614 del 13/07/2017 ore 09:10
Mitt.: ASSL Cagliari SSD Servizio Accred ...
Ass.: ASSL Cagliari Area Formazione
Class.: 1.

Cagliari,



Oggetto: Richiesta attivazione corso formazione

UOC Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale - Area Formazione
Sede

Al fine di poter procedere all'attivazione del progetto formativo **"Disseminazione e Implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità"** previsto dal piano formativo aziendale 2017

Si trasmette in allegato il seguente materiale didattico documentazione necessaria all'accreditato ecm:

- Richiesta attivazione Progetto formativo Residenziale
- Programmi delle giornate formative
- Accettazione incarico di responsabile scientifico e assenza di conflitti d'interesse
- Richiesta autorizzazione svolgere attività formativa non iscritti albo
- Indicazione di scelta del docente e assenza di conflitti d'interesse
- Accettazione incarico di Docente e assenza di conflitti di interesse
- Domande per la prova orale

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI		
AREA FORMAZIONE		
	13 LUG. 2017	
PRESA IN CARICO		

Cagliari,

Responsabile SSD Accreditamento Istituzionale

Dr. Aldo Monni

Servizio Proponente SSD Funzioni
Connesse alle Autorizzazioni e
Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio
Sanitari

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " *Disseminazione e Implementazione dei requisiti Organizzativi di qualità* "

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 ^a Edizione	<u>27/09/2017</u>	<u>27/09/2017</u>	6 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 ^a Edizione	<u>03/10/2017</u>	<u>03/10/2017</u>	7 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 ^a Edizione	<u>10/10/2017</u>	<u>10/10/2017</u>	8 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 ^a Edizione	<u>17/10/2017</u>	<u>17/10/2017</u>	9 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 ^a Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>	10 ^a 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 Edizione 1 P.O. Isili - 2 Edizione P.O. Marino - 3 Edizione P.O.SS Trinità - 4 Edizione P.O.San
Marcellino

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Fare clic qui per immettere testo.

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 50 Totale Partecipanti 50

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

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

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"/> Cardiochirurgia | <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., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
☐ Sanità Animale

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

- ☐ Psicologia ☐ Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area qualità e risk management

Obiettivo formativo

Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

acquisire conoscenze pratiche sulle procedure operative relative ai vari percorsi organizzativi presi in considerazione

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire abilità nella gestione dei processi del Blocco Operatorio, nell'Area Degenza, nel Pronto Soccorso e nella Diabetologia territoriale

C - Acquisizione competenze di sistema:

Conoscenza delle attività e delle procedure che promuovono le buone pratiche cliniche assistenziali. Agire in sicurezza

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

Si ritiene che la formazione specifica per i percorsi organizzativi, oggetto del corso, siano in grado di fornire un valore aggiunto al professionista sanitario partecipante al corso. La ricaduta formativa a distanza sarebbe tuttavia utile valutarla a distanza di tempo attraverso indiva

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 Monni Nome Aldo

Codice Fiscale MNNLDA59A16B274A Luogo di nascita Burcei Data di nascita 16/01/1959

Telefono 070/6096818 Cellulare 3284958704 Fax 0706096908 e-mail aldomonni@asl8cagliari.it

Qualifica medico Competenze Responsabile SSD

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Furcas Nome Luigi

Codice Fiscale FRCLGUM30L521O Telefono 0706096854 Cellulare 3669121500 Fax 0706096908 e-mail luigifurcas@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: 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>4</u>	<u>30</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>0</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>30</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)

Attrezzatura

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

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

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Furcas Nome Luigi \

Codice Fiscale FRCLGU60M30L521O Luogo di nascita Uta Data di nascita 30/08/1960

Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere

Telefono 0706096854 Cellulare 3669121500 Fax 0706096908 e-mail luigiFurcas@asl8cagliari.it Qualifica Infermiere

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 0

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 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 Interno in orario di servizio

Cognome Monni Nome Maria Vincenza \

Codice Fiscale MNNMVN62A44B274J Luogo di nascita Burcei Data di nascita 04/01/1962

Professione ECM Infermiera Disciplina ECM Infermiera

Telefono 0706096853 Cellulare 3669121264 Fax 0706096908 e-mail mariavincenzamonni@asl8cagliari.it Qualifica Infermiera

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. 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 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 Docente Interno in orario di servizio

Cognome Arcadu Nome Paola \

Codice Fiscale RCDMPL58C47G376V Luogo di nascita Pattada Data di nascita 07/03/1958

Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere

Telefono 0706096048 Cellulare 3408635842 Fax 070852053 e-mail mariapaolaarcadu@asl8cagliari.it Qualifica Corrordinatore Infermieristico

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. 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 mobilità come da disposizioni aziendali € 000,00

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

FORMATORE/TUTOR n. 4Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Massessi Nome Rosanna ✓Codice Fiscale MSSRNN63R52L998M Luogo di nascita Villaputzu Data di nascita 12/10/1963Professione ECM Infermiere Disciplina ECM InfermiereTelefono _____ Cellulare 3385286386 Fax _____ e-mail rosannamassessi@asl8cagliari.it Qualifica Corrdinatore InfermieristicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 0,00

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 5**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Aresu Nome Milena ✓Codice Fiscale RSAMLN76S63J706O Luogo di nascita Seui Data di nascita 23/11/1976Professione ECM Infermiere Disciplina ECM InfermiereTelefono 0706094305 Cellulare _____ Fax _____ e-mail milenaaresu@asl8cagliari.it Qualifica Corrdinatore InfermieristicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1 Totale compenso € 0,00

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 6**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Piras Nome Ilenia ✓Codice Fiscale PRSLNI78P54E625R Luogo di nascita Livorno Data di nascita 15/09/1978Professione ECM Infermiere Disciplina ECM InfermiereTelefono 0706096082 Cellulare _____ Fax _____ e-mail ileniapiaras@asl8cagliari.it Qualifica Corrdinatore InfermieristicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto in orario di servizio € 5,64Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1 Totale compenso € 0,00

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

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

FORMATORE/TUTOR n. 7

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Calanca Nome Claudia ✓

Codice Fiscale CLNCLD65E64A944T Luogo di nascita Bologna Data di nascita 24/05/1965

Professione ECM Infermiere Disciplina ECM Infermiere

Telefono 0706096082 Cellulare ----- Fax ----- e-mail claudiacallanca@asl8cagliari.it Qualifica Coordinatore Infermieristico

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 0 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/TUTOR n. 8

Ruolo Docente Interno in orario di servizio

Cognome Soddu Nome Maria Luisa ✓

Codice Fiscale SDD MLS 62S44 A192I Luogo di nascita Alghero Data di nascita 04/11/1962

Professione ECM Medico Disciplina ECM Medico

Telefono 070/890610 Cellulare 347/8206720 Fax ----- e-mail marialuisasoddu@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 1 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/TUTOR n. 9Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Fois Nome Maria Antonietta ✓Codice Fiscale FSOMNT59M56F979Z Luogo di nascita Nuoro Data di nascita 16/08/1959Professione ECM Medico Disciplina ECM MedicoTelefono 0782/820363 Cellulare 347/8206720 Fax ----- e-mail mariaantoniettafois@asl8cagliari.it Qualifica MedicoInquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 1 Totale compenso € 0,00

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 10**Ruolo Docente Interno in orario di servizioCognome Cao Nome GiulianaCodice Fiscale CAOGLM59S63E336L Luogo di nascita ISILI Data di nascita 23/11/1959Professione ECM Infermiera Disciplina ECM InfermiereTelefono 070/890610 Cellulare 347/8206720 Fax ----- e-mail giulianacao@asl8cagliari.it Qualifica InfermieraInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire Fare clic qui per immettere testo. Totale compenso € 0,00

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

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

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☐ Formazione strategica e Formazione di sistema ☒ Formazione specifica☐ Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.☐ Sponsor Commerciali ☐ Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐ Sì ☐ No**Riepilogo voci di spesa del corso**

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	<u>€ 0,00</u>
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	<u>€ 172,15</u>
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<u>€ 172,15</u>

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 checked="" 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 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

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monni</i>
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	ASL Cagliari Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Il Responsabile <i>Dott. Aldo Monni</i>



Indicazione di scelta del Docente o Codocente 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 Dr Aldo Monni Responsabile/Direttore della Struttura SSD Funzioni Connesse alle Autorizzazioni e Accreditamento Erogatori Sanitari e Socio-Sanitari, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo: **Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità** di prossima programmazione,

1) indico quale docente/codocente dell'attività formativa in questione il

- **Dr. Luigi Furcas**
- **Dott.ssa Maria Vincenza Monni**
- **Claudia Calanca**
- **Dott.ssa Soddu M Luisa**
- **Milena Aresu**
- **Dott.ssa Piras Ilenia**
- **Paola Arcadu**
- **Rosanna Massessi**
- **Dott.ssa Maria Antonietta Fois**
- **Giuliana Cao**

di cui ho acquisito e stimato apposito curriculum professionale nel sito aziendale e valutato il preventivo di spesa (allegato) e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico e in termini di congruità tra prestazioni offerte e costi.

2) 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**.**

Data,

Firma e timbro
ASL Cagliari
Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
SSD Accreditamento Strutture
Sanitarie e Socio-Sanitarie
Il Responsabile *Dott. Aldo Monni*

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta Massessi Rosanna nominata in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

Disseminazione e Implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità, di prossima programmazione

DICHIARA

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

data, 10.06.2017

 firma

Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta Piras Ilenia nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:
Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità di prossima
programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della
corruzione.

Data,

3/7/2017

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

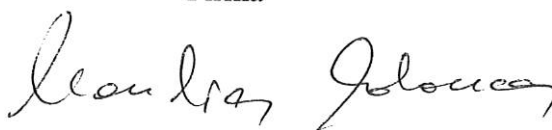
La sottoscritta Callanca Claudia nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità** di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, 03.05.2017

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta **Maria Luisa Soddu** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità** di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, **21.06.2017**

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

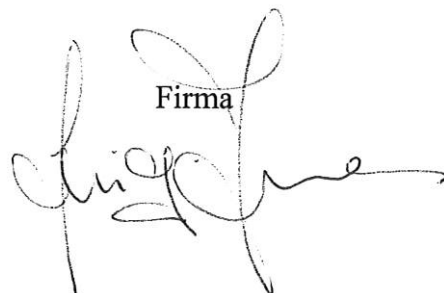
Io sottoscritto **LUIGI FURCAS** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità di prossima
programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

Firma


Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta Monni Maria Vincenza nominata in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità** di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data,

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta **Cao Giuliana** nominato in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:
Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità di prossima
programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o
motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della
corruzione.

Data,

Firma



Dichiarazione

Accettazione incarico di Docente/Codocente 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)

La sottoscritta Fois Maria Antonietta nominata in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo: **Disseminazione e implementazione dei requisiti Organizzativi di Qualità** di prossima programmazione

dichiaro

di accettare l'incarico in questione, per il quale non sussistono da parte mia conflitti di interesse o motivi di incompatibilità, ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia di prevenzione della corruzione.

Data, Cagliari 6/6/2017

Firma



Evento Formativo Residenziale

"Disseminazione e implementazione dei requisiti organizzativi di qualità"

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docenti	€ 0,00
Alloggio e vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Materiali didattici	€ 0,00
Spese varie e/o impreviste	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 172,15
TOTALE	€ 172,15

Costo medio per partecipante € 7,48
Costo medio x ora x partecipante € 0,33