

# Allegato “A”

Progetto Formativo Residenziale

**“Home Automation Office:  
Microsoft Word<sup>®</sup> base ”**

Il presente allegato è composto da n° 20 fogli  
di n°20 pagine

**AI Responsabile  
Area Formazione  
ASSL Cagliari  
SEDE**

**Oggetto:** Attivazione Progetto Formativo "*Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base*".

Il sottoscritto **Galisai Marco** Responsabile della U.O.C. **Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche**,  
committente del Progetto Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base**

chiede che venga attivato e accreditato ECM il progetto formativo succitato e a tal fine trasmette in  
allegato i seguenti documenti:

- Richieste di attivazione del progetto formativo;
- Programma del corso;
- Moduli di Indicazione di scelta docente;
- Moduli di accettazione di incarico dei docenti;
- Modulo di accettazione di incarico del Responsabile Scientifico.

Cagliari, 15-2-2018.

Firma

**GALISAI  
MARCO**

Firmato digitalmente  
da GALISAI MARCO  
Data: 2018.02.16  
13:55:50 +01'00'



ATS  
Data: 23/05/2018 10:29:00, NP/2018/0036752



**DIPARTIMENTO**  
Information & Communication  
Technology

**STRUTTURA COMPLESSA**  
Infrastrutture, Tecnologie  
dell'Informazione e delle  
Comunicazioni

**Al Responsabile**

**S.C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo**

**ASSL Cagliari**

**Dott. Tullio Garau**

**Oggetto:** sostituzione moduli formativi "Home Automation Office".

In relazione al piano formativo aziendale per l'anno 2018, approvato con deliberazione n° 544 del 19.4.2018, si chiede una rettifica circa gli eventi formativi autorizzati in quanto gli stessi, essendo stati rimodulati a più riprese rispetto alla richiesta formulate originariamente dallo scrivente, non rispondono in maniera adeguata alle richieste di formazione ricevute.

Precisamente sono state completamente azzerate le edizioni del corso base del progetto inerente lo strumento foglio elettronico Microsoft Excel, peraltro propedeutico al corrispondente strumento avanzato.

Pertanto, si richiede la conversione di numero 5 edizioni del corso Home Automation Office - Microsoft Word® modulo base in corrispondenti 4 edizioni Home Automation Office - Microsoft Excel® modulo base e, inoltre, la conversione di una edizione del corso avanzato di quest'ultimo in una corrispondente base: tale variazione non comporta una variazione di budget in quanto il numero di ore totali coincide. Tale modifica determinerà un numero di 5 edizioni del modulo base per entrambi gli strumenti e di 4 edizioni dello strumento avanzato di Microsoft Excel®.

Cagliari, 22-5-2018.

**S.C. Infrastrutture, Tecnologie  
dell'Informazione e delle Comunicazioni**

**Il Direttore  
Ing. Marco Galisai**

**GALISAI  
MARCO**

Firmato digitalmente  
da GALISAI MARCO  
Data: 2018.05.22  
18:27:15 +02'00'

**Direzione Generale**  
Via Enrico Costa, 57 (Piazza Fiume)  
07100 Sassari  
[www.atssardegna.it](http://www.atssardegna.it)  
P.IVA 00935650903  
C.F. 92005870909

**DIPARTIMENTO ICT**  
Via Monte Grappa, 82  
07100 Sassari

**S.C. Infrastrutture, Tecnologie  
dell'Informazione e delle Comunicazioni  
(I.T.I.C.)**  
Cittadella della Salute, PAD C  
Via Romagna, 16 - 09127 Cagliari  
Tel. 070-47443600  
e-mail [sc.infrastruttureict@atssardegna.it](mailto:sc.infrastruttureict@atssardegna.it)

**Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale**Titolo del Progetto: " Home Automation Office: Microsoft Word<sup>®</sup> base "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **SI**  
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamento tecnologico e strumentaleL'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 € 000,00Il 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 5**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	<u>12/06/2018</u>	<u>21/06/2018</u>	6 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
2 <sup>a</sup> Edizione	<u>26/06/2018</u>	<u>05/07/2018</u>	7 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
3 <sup>a</sup> Edizione	<u>04/09/2018</u>	<u>13/09/2018</u>	8 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
4 <sup>a</sup> Edizione	<u>18/09/2018</u>	<u>27/09/2018</u>	9 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>
5 <sup>a</sup> Edizione	<u>16/10/2018</u>	<u>25/10/2018</u>	10 <sup>a</sup> Edizione	<u>/ /</u>	<u>/ /</u>

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

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

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Laboratorio di Informatica Sistemi Informativi ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute (Pad. G)

Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Romagna, 16 - 09127

## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 60

Riservato agli operatori del Servizio proponente -  Aperto a n. 60 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"/> Cardiocirurgia                           | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza        | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica  |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia                              | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia)                   | <input type="checkbox"/> Radioterapia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale                       | <input type="checkbox"/> Medicina Interna   | <input type="checkbox"/> Reumatologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale             | <input type="checkbox"/> Medicina Legale  | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica                     | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare  | <input type="checkbox"/> Urologia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva       | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Neurologia   | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline  |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica           | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia                                |  |
|   | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria                                     |  |

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

- Farmacia Ospedaliera  Farmacia Territoriale

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

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche  
 Igiene prod., 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 informatica

### Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

### Finalità \*

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

Fornire ai partecipanti le nozioni di base di uno strumento di videoscrittura al fine di consentirne un proficuo utilizzo nella specifica attività.

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

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

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

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

*\* 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 Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari (CA) Data di nascita 02/05/1966

Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it

Qualifica Collaboratore Tecnico Professionale titolare di Posizione Organizzativa S.C. Infrastrutture, Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni Competenze Pluriennale esperienza nella Formazione.

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@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: 14 Minuti: 00

### Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>00</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>2</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>3</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>9</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 n. 1**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Contu Nome Aldo  
Codice Fiscale CNTLDA64A28F979P Luogo di nascita Nuoro Data di nascita 28/01/1964  
Telefono 070.47443629 Cellulare 366.5606219 Fax 070.47443694 e-mail aldocontu@asl8cagliari.it Qualifica Programmatore  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Permottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa permottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

**FORMATORE n. 2**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Saddi Nome Alessandra  
Codice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/04/1967  
Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1020642 Fax 070.47443694 e-mail alessandrasaddi@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Amministrativo  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Permottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa permottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

**FORMATORE n. 3**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Fadda Nome Gianfranco  
Codice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970  
Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it Qualifica Assistente Tecnico  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Permottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa permottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

**FORMATORE n. 4**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio  
Cognome Floris Nome Roberto Flavio  
Codice Fiscale FLRRRT57S11D287M Luogo di nascita Desulo Data di nascita 11/11/1957  
Telefono 070.6093270 Cellulare 366.9849450 Fax 070.6093265 e-mail robertofloris@asl8cagliari.it Qualifica Collaboratore Amministrativo Professionale  
Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO  
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82  
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00  
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.  
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00  
Permottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa permottamento € 000,00  
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00  
***È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***

**FORMATORE n. 5**

Ruolo Docente Interno fuori orario di servizio

Cognome Poddie Nome Giuseppe

Codice Fiscale PDDGPP56S18Z103Q Luogo di nascita Morlanwelz - Belgio Data di nascita 18/11/1956

Telefono 070.47443630 Cellulare 328.4958721 Fax 070.47443694 e-mail giuseppoddie@asl8cagliari.it Qualifica Operatore Tecnico

Inquadramento CCNL Formatori interni COMPARTO

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82

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

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

Permottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa permottamento € 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*

### 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

<b>A</b>	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	1.807,40
<b>B</b>	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
<b>C</b>	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>D</b>	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>E</b>	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
<b>F</b>	Stima costi accreditamento ECM ( a cura dell'Area Formazione)	€ 266,83
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		<b>€ 2.074,23</b>

### Macrostruttura di appartenenza

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

### 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;"><b>Nome e cognome</b> (in stampatello)</p> <p style="text-align: center;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;"><b>GALISAI</b></p> <p style="font-size: 24px; margin: 0;"><b>MARCO</b></p> </div> <div style="flex: 1; font-size: 12px; margin-left: 10px;"> <p>Firmato digitalmente da GALISAI MARCO Data: 2018.05.30 16:54:45 +02'00'</p> </div> </div>
<p style="text-align: center;"><b>Timbro e Firma</b> (leggibile)</p> <p style="text-align: center;">Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	



## Home Automation Office - Microsoft Word®

### Programma del corso – Modulo Base



L'applicativo è stato progettato per creare e modificare in maniera facile e veloce documenti semplici come lettere, fax, prospetti e tabelle, ma anche più complessi come una relazione o un manuale.

Questo modulo consente ai candidati di utilizzare l'applicativo per gestire non solo il testo ma anche la grafica, elenchi puntati e vari altri elementi di editoria elettronica, strumenti come la stampa unione per accrescere la produttività attraverso le migliori pratiche per un uso efficace dello strumento.

La metodologia può essere applicata ad una vasta gamma di software di videoscrittura, anche open source.

Obiettivi	Contenuti	
<p>Acquisire informazioni sulle funzionalità dell'applicativo e la necessaria abilità operativa al fine di poter realizzare documenti semplici e di media articolazione.</p> <p>Al termine di questo modulo il candidato sarà in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavorare con i documenti e salvarli nei diversi formati di file disponibili.</li> <li>• Scegliere le opzioni integrate nell'applicazione per migliorare la produttività.</li> <li>• Creare e modificare documenti di piccole dimensioni per condividerli e distribuirli.</li> <li>• Applicare formattazioni diverse ai documenti per migliorarne la leggibilità prima della distribuzione; individuare le migliori modalità di formattazione.</li> <li>• Inserire tabelle, immagini e oggetti grafici nei documenti.</li> <li>• Preparare i documenti per le operazioni di stampa unione.</li> <li>• Scegliere le impostazioni di pagina del documento.</li> <li>• Controllare e correggere gli errori di ortografia prima della stampa finale.</li> </ul>	<p><b>Utilizzo Applicazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavorare con i documenti</li> <li>• Utilizzo dei modelli: il predefinito e gli altri disponibili</li> <li>• Creare, modificare, salvare un documento</li> <li>• Salvare nei diversi formati</li> <li>• Impostazioni base apertura e salvataggio documento</li> <li>• Gestione barra multifunzione</li> </ul>
	<p><b>Creazione di un documento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserire, modificare, cancellare e selezionare il testo</li> <li>• Ricerca e sostituzione del testo</li> <li>• Modalità di visualizzazione</li> <li>• Strumenti Annulla e Ripristina</li> </ul>
	<p><b>Formattazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formattare il testo e il paragrafo</li> <li>• Interruzioni di riga e Tabulazioni</li> <li>• Utilizzare gli stili</li> <li>• Lo strumento Copia Formato</li> </ul>
	<p><b>Oggetti</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creare e formattare una tabella</li> <li>• Inserire e utilizzare gli oggetti grafici</li> </ul>
	<p><b>Stampa Unione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impostazione e utilizzo</li> <li>• La stampa</li> </ul>
	<p><b>Preparazione della stampa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impostazione e Controllo</li> </ul>
	<b>Esercitazioni</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esercizi relativi ai singoli argomenti trattati.</li> <li>• Esercizi relativi alla formattazione del documento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esercizi relativi alla tabelle e agli oggetti grafici.</li> <li>• Esercizi relativi alla stampa unione .</li> </ul>	

**Indicazione di scelta del docente  
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)*

Il sottoscritto **Galisai Marco** Responsabile della Struttura **U.O.C. Sistemi Informativi e Tecnologie Informatiche**, committente del Corso dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word® modulo base**

di prossima programmazione,

1. **indico quali docenti dell'attività formativa in questione**

- il Dott. Contu Aldo;
- il Dott. Fadda Gianfranco;
- il Sig. Floris Roberto;
- il Sig. Poddie Giuseppe;
- la Dott.ssa Saddi Alessandra;

di cui ho acquisito e stimato il 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.

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**.

Cagliari, 15.2.2018.

Firma  
**GALISAI  
MARCO** Firmato digitalmente  
da GALISAI MARCO  
Data: 2018.02.16  
13:54:20 +01'00'

## 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 **Contu Aldo**, nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base;**

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.

Cagliari, 16.2.2018.

Firma

**CONTU ALDO**

Firmato digitalmente da CONTU  
ALDO  
Data: 2018.02.19 08:27:43 +01'00'



## 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 **Fadda Gianfranco**, nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base;**

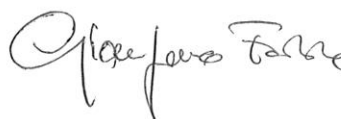
di prossima programmazione,

**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.

Cagliari, 16.2.2018.

Firma



## 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 **Floris Roberto**, nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base;**

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.

Cagliari, 16.2.2018.

Firma

FLORIS ROBERTO FLAVIO  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA/8000287092:  
19.02.2018 11:32:51 UTC



## 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 **Poddie Giuseppe**, nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base;**

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.

Cagliari, 16.2.2018.

Firma

**PODDIE  
GIUSEPPE**  Firmato  
digitalmente da  
PODDIE GIUSEPPE  
Data: 2018.02.19  
08:30:38 +01'00'

## 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 **Saddi Alessandra**, nominato in qualità di Docente per l'Evento Formativo dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word® modulo base;**

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.

Cagliari, 16.2.2018.

Firma

SADDI ALESSANDRA  Firmato digitalmente da SADDI ALESSANDRA  
Data: 2018.02.16 11:08:28 +01'00'

## 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)

Il sottoscritto **Gaviano Mauro**, nominato in qualità di Responsabile Scientifico per l'Evento/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

**Home Automation Office - Microsoft Word ® modulo base;**

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.

Cagliari, 15.2.2018.

Firma

**Progetto Formativo Residenziale**

**"Home Automation Office: Microsoft Word® base"**

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

<b>VOCE DI SPESA</b>	<b>TOTALE</b>
Compenso docenti	€ 1.807,40
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	€ 266,83
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.074,23</b>

Costo medio per partecipante € 34,57  
Costo medio x ora x partecipante € 2,47