

## Allegato “A”

### **“La Promozione della Salute attraverso la conoscenza della lingua inglese – 1 Livello”**

Il presente allegato è composto  
di n. 13 fogli, di n. 13 pagine

Servizio Proponente CONSULTORIO  
FAMILIARE DISTRETTO 4 SARRABUS-  
GERREI

## Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

**Titolo del Progetto:** " LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO LA CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE - 1 livello "

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? **NO**

È prevista una quota di partecipazione? **NO**

Se "SI" indicare l'importo € 000,00

Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? **NO**

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

### Numero di edizioni previste

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 <sup>a</sup> Edizione	22/03/2018	28/06/2018	6 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
2 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	7 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
3 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	8 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
4 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	9 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /
5 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /	10 <sup>a</sup> Edizione	/ /	/ /

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

### Sede di svolgimento

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

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

Se sì, indicare l'indirizzo:

**Sede** Consultorio Familiare

**Indirizzo ( Comune/via/n°civico/cap)** Muravera, via Sardegna snc



## Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 15 Totale Partecipanti 15

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
- 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 Vascolare                      | <input type="checkbox"/> Medicina Termale   | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia  |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale                 | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia                                | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia   |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia              | <input type="checkbox"/> Nefrologia   | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica  |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico                    | <input type="checkbox"/> Neonatologia   | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica  |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia   | <input type="checkbox"/> Endocrinologia  |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica      | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia                                      | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia                        | <input type="checkbox"/> Neurologia   | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale  |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica                          | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile                               | <input checked="" type="checkbox"/> Tutte le discipline  |
| <input type="checkbox"/> Geriatria                                | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oftalmologia   |  |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica  | <input type="checkbox"/> Oncologia  |  |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica           | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base              |  |
|   | <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 comunicazione e relazione

### Obiettivo formativo

Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria

### Finalità \*

#### A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Conoscenza della lingua inglese in ambito sociosanitario ad alta vocazione turistica

#### B - Acquisizione competenze di processo:

acquisire gli strumenti per comunicare in lingua inglese con utenti stranieri

#### C - Acquisizione competenze di sistema:

acquisire gli strumenti per l'erogazione di di servizi integrati e multidisciplinari a utenti stranieri con possibilità di produrre in lingua inglese anche la corrispondente documentazione sanitaria

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

possibilità di gestire in autonomia servizi rivolti a utenti stranieri, nonché possibilità di partecipare a corsi di aggiornamento in lingua inglese

#### E – Valutazione della ricaduta formativa da effettuare a distanza di mesi: 00 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 Marracini Nome Sergio

Codice Fiscale MRRSRG55T04B354I Luogo di nascita CAGLIARI Data di nascita 04/12/1954

Telefono 070/9934809 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070/9934811 e-mail sergiomarracini@asl8cagliari.it

Qualifica Dirigente Medico di I^ Livello Competenze Direttore di Distretto

### Referente della segreteria organizzativa

Cognome Aresu Nome Anna Maria Fortunata

Codice Fiscale RSANMR70D61H355HT Telefono 070/9934809 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail annamariafortunata.aresu@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:** 29 **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>10</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>05</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>00</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>04</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>05</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>05</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 Esterno

Cognome ALEDDA Nome VERONIQUE

Codice Fiscale LDDVNQ66R50Z110D Luogo di nascita MONT S. MARTIN Data di nascita 10/10/1966

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

Telefono 3495335706 Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax Fare clic qui per immettere testo. e-mail aledda.veronique@gmail.com Qualifica Fare clic qui per immettere testo.

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia C € 50,00

Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 29 Totale compenso € 1740,00 ±

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. 2**

Ruolo Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

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

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

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 Scegliere un elemento.

Cognome Fare clic qui per immettere testo. Nome Fare clic qui per immettere testo.

Codice Fiscale Fare clic qui per immettere testo. Luogo di nascita Fare clic qui per immettere testo. Data di nascita Fare clic qui per immettere una data.

Professione ECM Fare clic qui per immettere testo. Disciplina ECM Fare clic qui per immettere testo.

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

Inquadramento CCNL Formatori interni Scegliere un elemento.

Fascia retributiva di competenza e relativo importo Scegliere un elemento.

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

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

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00

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***



### Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema     Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): *Pa e Circoli del ministero della*
- 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)	€ 1740,00
<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)	€ 443,26
<b>Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E+ F)</b> <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€ 2183,26

### Macrostruttura di appartenenza

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

### Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p><b>Nome e cognome</b> (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">SERGIO MARRACINI</p>
<p><b>Timbro e Firma</b> (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	



*La Promozione della Salute attraverso la conoscenza della lingua inglese*

**I Livello**

**CRONOPROGRAMMA**

	DATA	ORARIO	
1. GIOVEDÌ	22/03/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - role-playng
2. GIOVEDÌ	05/04/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
3. GIOVEDÌ	12/04/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
4. GIOVEDÌ	19/04/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
5. GIOVEDÌ	26/04/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
6. GIOVEDÌ	03/05/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
7. GIOVEDÌ	10/05/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
8. GIOVEDÌ	17/05/18	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
9. GIOVEDÌ	24/05/18	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
10. GIOVEDÌ	31/05/18	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
11. GIOVEDÌ	07/06/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
12. GIOVEDÌ	14/06/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito
13. GIOVEDÌ	21/06/2018	DALLE 12,00 ALLE 14,00	Lezione frontale - lavoro in piccoli gruppi - role-playng
14. GIOVEDÌ	28/06/2018	DALLE 12,00 ALLE 15,00	Lezione frontale - esecuzione pratica - confronto dibattito VERIFICA APPRENDIMENTO

**Progetto Formativo Residenziale**

**“La Promozione della Salute attraverso la conoscenza della lingua inglese – 1 Livello**

TABELLA RIEPILOGATIVA COSTI PREVISTI

VOCE DI SPESA	TOTALE
Compenso docente	€ 1.740,00
Pernottamento e Vitto docenti	€ 0,00
Mobilità docenti	€ 0,00
Costi effettivi di accreditamento ECM	€ 443,26
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.183,26</b>

Costo medio per partecipante € 145,55  
Costo medio x ora x partecipante € 5,02



**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)*

Io sottoscritto Sergio Marracini, Direttore della Struttura : Distretto Sarrabus/Gerrei, committente del Corso/Percorso Formativo/Seminario dal titolo:

**"La promozione della salute attraverso la conoscenza della Lingua Inglese – I livello"**

di prossima programmazione,

**1) indico quale docente dell'attività formativa in questione**

la Dr. ssa Aledda Veronique

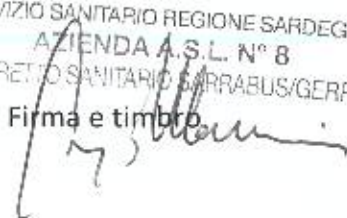
di cui ho acquisito e stimato il curriculum professionale e ritengo che la scelta effettuata, nel rispetto delle Linee Guida Regionali recepite da questa Azienda con deliberazione n°139 del 30.01.2013 e sulla base degli elementi in mio possesso, sia tra le più adeguate fra quelle possibili sul piano scientifico, didattico.

- 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, 06/02/2018

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA A.S.L. N° 8  
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI

Firma e timbro



## 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 Aledda Veronique nominata in qualità di Docente per il Percorso Formativo dal titolo:

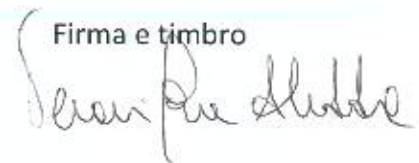
**“La promozione della salute attraverso la conoscenza della Lingua Inglese – I livello”**

**“La promozione della salute attraverso la conoscenza della Lingua Inglese – II livello”**

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, 08/02/2018

Firma e timbro





PROGETTO FORMATIVO: "LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO  
LA CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE DI 1° LIVELLO"

SPESE - 1ª edizione: da Marzo a Giugno 2018 MURAVERA

QUANTITÀ			ritenuta d'acconto 20%
1 (in Spese di natura di provento esterno)	FRANCIA	29 ore* € 50 €/h	€ 1.450,00
Totale			€ 1.740,00

FIRMA PER ACCETTAZIONE

*don j. pittore*



Regione Sardegna  
Organismo Regionale per  
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas.s.

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > [Inserisci Contributo](#)

ACORRIAS [Log Out](#)

### Inserimento del contributo Evento

<b>Ragione Sociale:</b>	AZIENDA TUTELA DELLA SALUTE	<b>Id Provider:</b>	16
<b>Evento n°</b>	2434 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ATTRAVERSO LA CONOSCENZA DELLA LINGUA INGLESE - 1 LIVELLO	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	41,6	<b>Partecipanti:</b>	15

**Il contributo da versare è di € 443,26**  
**IBAN: girofondo su conto n. 0305983 presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit)**  
**Intestato a: REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Codice ad inizio causale: ECM R09**

**Non è possibile inserire gli estremi del contributo se l'evento non è ancora concluso.**

**Modalità di pagamento:**  Conto Corrente Postale  Bonifico Bancario  Mandato di pagamento

#### Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

		Sezione		
Ufficio Postale	55/709	14	13-02-03	Data Versamento
Progressivo delle operazioni svolte	0090		€*33,00*	Importo Versato
Progressivo del CC postale	VCY 0263		€*1,00*	Tassa Postale

Sezione :

Data Versamento :   
(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale :

Progressivo operazioni svolte :

Importo Versato :  €

Progressivo CC postale :

Tassa postale :  €

Inserisci

[Documenti](#) [Normative](#) [Assistenza](#) [Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglia, 23 - 00187 Roma - SARDEGNA@PRC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

agenas.s. AGENZIA REGIONALE PER LA FORMAZIONE IN SANITÀ