



Deliberazione n. 28

Adottata dal Commissario Straordinario in data 27 GEN. 2015

OGGETTO: Autorizzazione frequenza tirocinio presso Varie Strutture

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 27 GEN. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dr.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal
DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Attilio Murru
DIRETTORE SANITARIO Dr. Remigio Carlo Puddu

Su proposta della SC Affari Generali

Acquisite le istanze dei tirocinanti in elenco, con le quale si richiede l'autorizzazione allo svolgimento di un periodo di formazione presso varie Strutture dell'Azienda Ospedaliera Brotzu.

Cognome	Nome	Nato il	Dal	Al	Struttura
MARCHISIO	LEILA MARIA	27/02/1985	07/01/15	07/05/15	SC RIANIMAZIONE
ATZORI	VALENTINA	11/11/1981	12/01/15	27/02/15	SC CARDIOLOGIA
SOLLA	MARIA ELENA	20/02/1983	18/12/14	28/02/15	SC ANESTESIA
ZEDDA	MARIA GIOVANNA	27/08/1986	01/01/15	30/04/15	SC CARDIOLOGIA
GARAU	VALENTINA	27/12/1978	9/01/15	31/05/15	SC CARDIOANESTESIA
FIORI	MARIA GRAZIA	19/11/1984	12/01/15	31/03/15	SC RIANIMAZIONE
FLORIS	ROBERTO	19/07/1984	07/01/15	31/05/15	SC CARDIOLOGIA
CAPPELLINI	SARA	03/06/1981	15/12/15	15/12/15	SC GASTROENTEROLOGIA
PISANU	LAURA	19/10/1985	20/12/14	10/02/15	SC PRONTO SOCCORSO
TURNO	PAOLO	19/12/1947	01/01/15	31/12/15	SC OCULISTICA
MELONI	M. ROSARIA	18/05/1961	01/01/15	31/12/15	CARDIORIABILITAZIONE

Considerato che gli stessi risultano regolarmente assicurati.

Verificato che nelle richieste sono presenti i pareri favorevoli dei Responsabili delle Strutture ospitanti e l'indicazione del tutor.

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Di autorizzare gli studenti in elenco ad accedere alle strutture indicate, in qualità di Tirocinanti.

Cognome	Nome	Nato il	Dal	Al	Struttura
MARCHISIO	LEILA MARIA	27/02/1985	07/01/15	07/05/15	SC RIANIMAZIONE
ATZORI	VALENTINA	11/11/1981	12/01/15	27/02/15	SC CARDIOLOGIA
SOLLA	MARIA ELENA	20/02/1983	18/12/14	28/02/15	SC ANESTESIA
ZEDDA	MARIA GIOVANNA	27/08/1986	01/01/15	30/04/15	SC CARDIOLOGIA
GARAU	VALENTINA	27/12/1978	9/01/15	31/05/15	SC CARDIOANESTESIA
FIORI	MARIA GRAZIA	19/11/1984	12/01/15	31/03/15	SC RIANIMAZIONE
FLORIS	ROBERTO	19/07/1984	07/01/15	31/05/15	SC CARDIOLOGIA
CAPPELLINI	SARA	03/06/1981	15/12/15	15/12/15	SC GASTROENTEROLOGIA
PISANU	LAURA	19/10/1985	20/12/14	10/02/15	SC PRONTO SOCCORSO
TURNO	PAOLO	19/12/1947	01/01/15	31/12/15	SC OCULISTICA
MELONI	M. ROSARIA	18/05/1961	01/01/15	31/12/15	CARDIORIABILITAZIONE

Demandare il tutoraggio per le attività di cui sopra ai Responsabili indicati nella richiesta allegata alla presente.

Determinare la durata del periodo di formazione in conformità all'istanza allegata.

Il Direttore Amministrativo

Dr. Attilio Murru

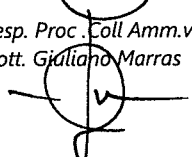

Il Direttore Sanitario

Dr. Remigio Carlo Puddu


Il Commissario Straordinario

Dr.ssa Graziella Pintus


Direttore Sc Affari Generali
 Dott. Gianluca Calabro


Resp. Proc. Coll. Amm.vo
 Dott. Giuliano Marras




AO BROTZU

PG/2015/ 0000153 del 07/01/2015 ore 11,59

Mittente : MARCHISIO LEILA MARIA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Da consegnare all'Ufficio
Protocollo Generale

Oggetto: Richiesta svolgimento tirocinio di specializzazione

Il/la sottoscritto/a LEILA MARIA MARCHISIO

Nato/a SASSARI il 27/02/1985 e residente a SASSARI

In via TEMPIO n. 14 tel. 3467881206

Laureato/a in MEDICINA E CHIRURGIA in data 21/10/2009

Presso Università DEGLI STUDI DI SASSARI

Dichiara di effettuare il tirocinio in questione presso la struttura di

ANESTESIA E RIANIMAZIONE. E di essere regolarmente titolare di adeguata
copertura assicurativa

Per quanto sopra esposto, chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura

Per un periodo dal 07/01/15 al 07/05/15

Firma del richiedente

Leila Marchisio

Il tutor (timbro e firma)

Angela Gi...
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
STRUTTURA COMPLESSA RIANIMAZIONE E TI

Parere favorevole Responsabile Struttura

ca Dott. Sica Nappi
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
STRUTTURA COMPLESSA RIANIMAZIONE E TI



AO BROTZU

PG/2015/ 0000368 del 09/01/2015 ore 12,58

Mittente : ATZORI VALENTINA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta svolgimento periodo di specializzazione

Il/la sottoscritto/a ATZORI VALENTINA

Nato/a CAGLIARI il 11-11-1981 e residente a SELARGIUS

In via DEVE VIOLE n. 3 tel. 3490750791

in data 12/01/2015

Specializzanda nella scuola di specializzazione dell'Università di CAGLIARI anno di

corso FORMAZIONE SPECIFICA MEDICINA GENERALE

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di _____

Chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura CARDIOLOGIA

Per un periodo dal 12-01-15 al 27/02/15

A tale scopo allega comunicazione dell'Università sulla assicurazione Inail

Firma del richiedente

Valentina Atzori

Il tutor (timbro e firma)

Parere favorevole Responsabile Struttura

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
Dipartimento Cardio Toraco Vascolare
Struttura Complessa di Cardiologia

www.apbrotzu.it Direttore: Dott. Maurizio Porcu
Ospedale di rilievo nazionale e alta
specializzazione (d.p.c.m. 08/04/03)



AO BROTZU

PG/2014/ 0028743 del 17/12/2014 ore 13,07

Mittente : SOLLA MARIA ELENA

Assegnatario : SC Contabilità e Bilancio

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta svolgimento periodo di specializzazione

Il/la sottoscritto/a MARIA ELENA SOLLA

Nato/a LAGOS il 20/02/83 e residente a OLIVANO S. PIRE

In via DEL GALERU n. 2 tel. 3670326525

in data _____

Specializzanda nella scuola di specializzazione dell'Università di CAGLIARI anno di corso II°

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di ANESTESIA e RISUSCITA

Chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura ANESTESIA E RISUSCITA

Per un periodo dal 18/12/14 al 28/10/2015

A tale scopo allega comunicazione dell'Università sulla assicurazione Inail

Firma del richiedente

Azienda Ospedaliera Brotzu - Cagliari

Dipartimento Emergenza

S.C. ANESTESIA e TERAPIA ANTALGICA

Direttore: Dott. Roberto Pisano

Parere favorevole Responsabile Struttura



AO BROTZU

PG/2014/ 0029090 del 22/12/2014 ore 10,55

Mittente : ZEDDA MARIA GIOVANNA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta svolgimento periodo di specializzazione

Il/la sottoscritto/a ZEDDA MARIA GIOVANNA

Nato/a ORISTANO il 27/08/1986 e residente a CAGLIARI

In via CARRERA n. 23 tel. 3479381576

in data 22/12/2014

Specializzanda nella scuola di specializzazione dell'Università di SASSARI, anno di corso 2

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

Chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura SC. CARDIOLOGIA

Per un periodo dal 01/01/2015 al 30/04/2015

A tale scopo allega comunicazione dell'Università sulla assicurazione Inail

Firma del richiedente

Il tutor (timbro e firma)

Parere favorevole Responsabile Struttura

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
Dipartimento Cardio Toraco Vascolare
Struttura Complessa di Cardiologia

Direttore: Dott. Maurizio Porcu

www.aobrotzu.it

Ospedale di rilievo nazionale e alta specializzazione (d.p.c.m 08/04/93)



AO BROTZU

PG/2015/ 0000986 del 16/01/2015 ore 10,27

Mittente : GARAU VALENTINA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta periodo di specializzazione medico

Il/la sottoscritto/a VALENTINA GARAU

Nato/a CAGLIARI il 27/12/78 e residente a CAGLIARI

In via MOLISE n. 35 tel. 349.1237424

in data 16/01/15

Specializzanda nella scuola di specializzazione dell'Università di CAGLIARI, anno di

corso IV

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di ANESTESIA E R'ANIMAZIONE

Chiede di poter effettuare il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura CARDIOANESTESIA

Per un periodo dal 09/01/15 al 31/05/15

A tale scopo allega comunicazione dell'Università sulla assicurazione Inail

Firma del richiedente

Valentina Garau

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE

S.C. DI CARDIOANESTESIA

Direttore: Dott. Luciano Curreli

Parere favorevole Responsabile Struttura

Luciano Curreli



AO BROTZU

PG/2015/ 0000607 del 13/01/2015 ore 11,36

Mittente : FIORI MARIA GRAZIA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta svolgimento tirocinio medico di specializzazione

Il/la sottoscritto/a MARIA GRAZIA FIORI

Nato/a NUORO il 19/11/1984 e residente a CAGLIARI

In via CHILONI n. 11 tel. 3496968132

in data 12/01/2015

Specializzanda nella scuola di specializzazione dell'Università di SASSARI, anno di corso TERZO

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA

Chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura RIANIMAZIONE

Per un periodo dal 12/01/2015 al 31/03/2015

A tale scopo allega comunicazione dell'Università sulla assicurazione Inail

Firma del richiedente

Il tutor (timbro e firma)
Azienda Ospedaliera BROTZU
S.C. RIANIMAZIONE e T.I.
Dott. Egidio Pittalis

Parere favorevole Responsabile Struttura



AO BROTZU

PG/2015/ 0000855 del 15/01/2015 ore 12,33

Mittente : FLORIS ROBERTO

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA



Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari

Oggetto: Richiesta svolgimento formazione di specializzazione

Il/la sottoscritto/a ROBERTO FLORIS

Nato/a CAGLIARI il 19/07/84 e residente a CAGLIARI

In via ADIGE n. 7 tel. 3492220699

in data _____

Specializzando nella scuola di specializzazione dell'Università di CAGLIARI, anno

di corso TV

Dichiara di effettuare il tirocinio per la scuola di specializzazione di Cardiologia:

Chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu

Nella struttura

Per un periodo dal 7/01/15 al 31/05/2015

Firma del richiedente

Roberto Floris

Il tutor (timbro e firma)

C. Uscio

Parere favorevole Responsabile Struttura

[Firma]



AO BROTZU

PG/2014/ 0028078 del 09/12/2014 ore 10,01

Mittente CAPPELLINI SARA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA



Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari

Da consegnare all'ufficio
Protocollo Generale

Oggetto: Richiesta tirocinio come medico volontario

Il/la sottoscritto/a SARA CAPPELLINI

Nato/a MILANO il 03/06/81 e residente a PULA

In via dei MILLE n. 38 tel. 3284189533

Dichiara di effettuare il tirocinio volontario in questione presso la struttura di

GASTROENTEROLOGIA in qualità di MEDICO INTERNO specialista
in MEDICINA INTERNA

alla presente è necessario allegare adeguata copertura assicurativa per infortuni personali

Per quanto sopra esposto, chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera

Brotzu

Nella struttura

Per un periodo dal 15/12/2014 al 15/12/2015

Firma del richiedente

Sara Capellini

Il tutor (timbro e firma)

Dott.ssa Teresa Zolfino

AZ. OSP. "G. BROTZU" CAGLIARI
S.C. GASTROENTEROLOGIA
Drtssa Teresa Zolfino

Parere favorevole Responsabile Struttura

Francesco Cabras

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" CAGLIARI
S.C. GASTROENTEROLOGIA

Direttore: Dott. Francesco Cabras



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

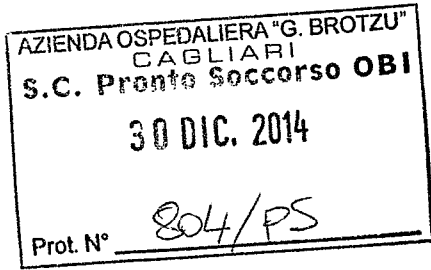
AO BROTZU

PG/2014/ 0029564 del 30/12/2014 ore 12,50

Mittente : PISANU LAURA

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

tirocinio



Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari

Da consegnare all'ufficio
Protocollo Generale

Oggetto: Richiesta tirocinio come medico volontario

Il/la sottoscritto/a LAURA PISANU

Nato/a SASSARI il 19/10/1985 e residente a CARBONARA

In via ^{Loc.} TORRE DEGLI ULIVI A n. 7D tel. 3473247197

Dichiara di effettuare il tirocinio volontario in questione presso la struttura di

SCPSOBI, in qualità di MEDICO VOLONTARIO

alla presente è necessario allegare adeguata copertura assicurativa per infortuni personali

Per quanto sopra esposto, chiede di poter svolgere il tirocinio presso l'Azienda Ospedaliera

Brotzu

Nella struttura

Per un periodo dal 30/12/14 al 10/02/15

Firma del richiedente

Il tutor (timbro e firma)

MARIA CHIARA MEREU

AO "G. BROTZU" Cagliari
Parere favorevole e responsabile Struttura
DIREZIONE Pronto Soccorso
e Medicina d'Urgenza
Direttore: Dott. Alberto Arru



AO BROTZU

PG/2015/ 0000871 del 15/01/2015 ore 13,46

Mittente : TURNO PAOLO

Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA

Alla Direzione Sanitaria
Azienda Ospedaliera Brotzu
Cagliari



Oggetto: Richiesta medico volontario

Il/la sottoscritto/a TURNO PAOLO

Nato/a CAGLIARI il 29-12-47 e residente a CAGLIARI

In via LOGUDORO n. 48 tel. 070-668616

Laureato/a in MEDECINA in data 1973

Presso Università CAGLIARI

Richiede di poter svolgere un periodo in veste di medico volontario presso la Struttura di:

OCULISTICA

Dal 1-1-2015 al 31-12-2015 e di avere provveduto alla copertura assicurativa per infortuni

personali di cui si allega copia.

Firma del richiedente

Il tutor (timbro e firma)

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
OCULISTICA
DIRETTORE Dr. Maria Luisa Valenti

Parere favorevole Responsabile Struttura

Alla Cortese Attenzione del

- Direttore Generale AO Brotzu Dott. A. Garau
- Direttore Sanitario AO Brotzu Dott. R. Puddu
- Direttore Reparto di Cardioreabilitazione Dott. A. Bianco

La sottoscritta Dr. Maria Rosaria Meloni (nata a Laconi il 18.05.1961; residente in Cagliari, via B. Castiglione 17 int. B), specialista ambulatoriale interno branca di cardiologia, attualmente in servizio presso la USL 6 di Sanluri e la USL 8 di Cagliari; già frequentante, in qualità di medico specializzando in cardiologia, il Reparto di Cardiologia e di Cardiocirurgia del Vostro Ospedale nel 1999, ed in qualità di medico interno il Reparto di Cardioreabilitazione del Vostro Ospedale dal 01.01.14

chiede

di poter continuare a frequentare il Reparto di Cardioreabilitazione in qualità di medico interno dal 01.01.2015 al 31.12.2015.

Per eventuali comunicazioni: cell. 3471859355; e-mail: mm.meloni@tiscali.it.

Si allega copia di ricevuta dell'assicurazione RCP.

Cagliari, 10.12.14.

Parere Favorevole
AZIENDA OSPEDALIERA A. BROTZU
DIPARTIMENTO SERVIZI
U.O. CARDIORIAB. e VAL. FUNZ.
DIRETTORE: Dr. Andrea Bianco

Dr. Maria Rosaria Meloni
Maria Rosaria Meloni

Parere favorevole
PARERE TECNICO-SANITARIO
FAVOREVOLE
DIRETTORE
Dott. Raimondo C. Puddu