



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 27 GEN. 2015

OGGETTO: Corso di formazione ECM: "ACUTE CRITICAL CARE - HF SIMULATION & CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CMR)". Edizione 5. Versamento contributo per l'accreditamento dell'Evento Formativo Regionale.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 27 GEN. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott. Attilio Murru

Direttore Sanitario

Dott. Remigio Carlo Puddu

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che con la Deliberazione n° 1406 del 07.08.2014 è stata autorizzata l'attivazione del Corso di formazione EFR ECM: "ACUTE CRITICAL CARE - HF SIMULATION & CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CMR)", rivolto a Medici, Infermieri, Tecnici di Fisiopatologia sia dei Dipartimenti di Patologia Cardio-Toraco-Vascolare e di Emergenza del nostro ospedale che delle altre ASL della Regione Sardegna;

Considerato che i soggetti pubblici riconosciuti come provider, in base a specifiche disposizioni normative (DGR Sardegna 52/94 del 23 dicembre 2011 e nota Assessorato Regionale della Sanità prot. n° 2777/2013) devono versare a favore della Regione Autonoma della Sardegna un contributo per l'accreditamento di ciascun evento formativo entro 90 giorni dalla data di fine erogazione dell'attività formativa;

Preso atto della conclusione del Progetto formativo in oggetto;

Acquisito il prospetto (che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale), elaborato dalla Regione Sardegna unitamente all'Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari (AGE.NA.S.) dal quale risulta che il contributo da versare per l'accreditamento del corso in oggetto è pari a € 213,48;

Ritenuto di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 213,48 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accreditamento del corso in oggetto;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di provvedere al pagamento del contributo per l'accreditamento del Corso di formazione ECM: "ACUTE CRITICAL CARE - HF SIMULATION & CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CMR)" Edizione 5, dell'importo di € 213,48 (duecentotredici euro 48 centesimi), sul conto di tesoreria n° 0305983, in essere presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Cagliari (Bankit) intestato alla Regione Autonoma della Sardegna (codice fiscale 80002870923).

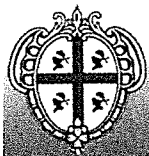
Autorizzare il Servizio Amministrativo all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a 213,48, da imputare sul conto n° 0514031601.

Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 – accreditamento Corso di formazione ECM: "ACUTE CRITICAL CARE - HF SIMULATION & CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CMR)", Edizione 5 – Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Remigio Carlo Puddu

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus



Regione Sardegna
Organismo Regionale per
la Formazione in Sanità

ECM



agenas

ANITAMULAS Log Out

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

Inserimento del contributo Evento

Ragione Sociale:	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	Id Provider:	4
Evento n°	919 (RES)	Edizione n°	5
Titolo:	ACUTE CRITICAL CARE HIGH FIDELITY SIMULATION & CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CRM)	Riduzione:	SI
Crediti:	12	Partecipanti:	15

Il contributo da versare è di € 213,48
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

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 ⁰⁰	Importo Versato
Progressivo del CC postale	VCY 0263		€ 1,00 ⁰⁰	Tassa Postale

Sezione :

Data Versamento :

(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale :

Progressivo operazioni svolte :

Importo Versato :

€

Progressivo CC postale :

Tassa postale :

€

Salva

Inizialo

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

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

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

agenas. AGENA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE IN SANITÀ