



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

Deliberazione 1706

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data - 6 OTT. 2014

OGGETTO: Corso di formazione ECM: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 2. Versamento contributo per l'accreditamento dell'Evento Formativo.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 10 OTT. 2014 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE Dott. Antonio Garau
Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott. Attilio Murru
Direttore Sanitario Dott. Remigio Carlo Puddu

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che con la Deliberazione n° 859 del 28.05.2014 è stata autorizzata l'attivazione del Corso di formazione ECM: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" rivolto a Medici, Infermieri, Tecnici di Fisiopatologia sia dei Dipartimenti di Patologia Cardio-Toraco-Vascolare e di Emergenza del nostro ospedale e 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 dell'Evento 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 € 461,48;

Ritenuto di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 461,48 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: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 2, dell'importo di € 461,48 (quattrocentosessantuno 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 € 461,48, da imputare sul conto n° 0514031601.

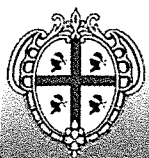
Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 – accreditamento Corso di formazione ECM: Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 2 – Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Remigio Carlo Puddu

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Antonio Garau

Ufficio Formazione
Resp. Dott.ssa M. Spissu
Ass.te Amm.vo A. Mulas



Regione Sardegna
Organismo Regionale per
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

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

ANITAMULAS [Log Out](#)

Inserimento del contributo Evento

Ragione Sociale:	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	Id Provider:	4
Evento n°	785 (RES)	Edizione n°	2
Titolo:	ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS)	Riduzione:	SI
Crediti:	24	Partecipanti:	15

Il contributo da versare è di C 461,48
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	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 : _____ €

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

