



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 15 GEN. 2014

**OGGETTO:** Corso di formazione ECM: "Radiologia dentaria con TC Cone Beam". Versamento contributo per l'accREDITAMENTO del Progetto Formativo Aziendale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 15 GEN. 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° 2074 del 24.12.2013 è stata autorizzata l'attivazione del Corso di formazione ECM Aziendale: "Radiologia dentaria con TC Cone Beam", rivolto ai Medici, Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della S.C. di Radiologia e Maxillo-Facciale;

**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 € 172,15;

**Ritenuto** di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 172,15 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: "Radiologia dentaria con TC Cone Beam", dell'importo di € 172,15 (centosettantadue euro 15 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 € 172,15, 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: "Radiologia dentaria con TC Cone Beam"- Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Attilio Murru

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Remigio Carlo Puddu

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Antonio Garau



Regione Sardegna  
Organismo Regionale per  
la Formazione in Sanità

E.C.M.

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

ANIMULAS [Log Out](#)

### Inserimento del contributo Evento

<b>Ragione Sociale:</b>	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	<b>Id Provider:</b>	4
<b>Evento n°</b>	380 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	RADIOLOGIA DENTARIA CON TC CONE BEAM	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	8	<b>Partecipanti:</b>	30

**Il contributo da versare è di € 172,15**  
**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

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

Sezione : .....

Data Versamento : .....

(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale : .....

Progressivo operazioni svolte : .....

Importo Versato : .....

€

Progressivo CC postale : .....

Tassa postale : .....

€

Salva

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

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

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT](mailto:SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

agenas. AGENA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI