

Deliberazione 1366adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 27 LUG. 2016

**OGGETTO:** Corso di formazione PFA ECM: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino". Versamento contributo per l'accreditamento del Progetto Formativo Aziendale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 28 LUG. 2016 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.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**SU** proposta dell'Ufficio Formazione

**Premesso** che il 27 maggio al 15 giugno 2016 si è regolarmente svolta la 1° edizione del PFA in oggetto rivolto a Medici, Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'Azienda;

**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 della 1° edizione 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 € 421,75;

**Ritenuto** di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 421,75 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: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino", dell'importo di € 421,75 (quattrocentoventuno euro 75 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 Economico e Finanziario all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 421,75, 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: "La relazione di cura: percorsi di facilitazione per il ripristino dello stato di salute del bambino"- Provider ID 4".

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas

Ass.te Amm.vo A. Mulas



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

ANTAMULAS [Log Out](#)

### Inserimento del contributo Evento

<b>Ragione Sociale:</b>	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	<b>Id Provider:</b>	4
<b>Evento n°</b>	1677 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	LA RELAZIONE DI CURA: PERCORSI DI FACILITAZIONE PER IL RIPRISTINO DELLO STATO DI SALUTE DEL BAMBINO.	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	39	<b>Partecipanti:</b>	15

**Il contributo da versare è di C 421,75**  
**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	13-02-03	Data Versamento
55/709	14		
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 : ..... €

[Salvo](#)

[Indietro](#)

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