



adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 26 GEN. 2017

Oggetto: Autorizzazione liquidazione corso di aggiornamento: "Obbligo di denuncia alla Corte dei Conti da parte della P.A. dei fatti dannosi per l'Erario".

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 27 GEN. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che il Direttore dell'Ufficio Legale propone l'attivazione di un Corso di aggiornamento: "Obbligo di denuncia alla Corte dei Conti da parte della P.A. dei fatti dannosi per l'Erario";

Considerato che l'Azienda, nello specifico l'Ufficio Legale propone di aggiornare il personale della Dirigenza e del Comparto sull'obbligo di denuncia alla Corte dei Conti da parte della P.A. per il danno erariale;

Recepita le comunicazioni Prot. n° 18716 del 19.08.2016 allegata al presente atto, con la quale il Direttore Amministrativo conferisce l'incarico al Dott. Roberto Angioni;

Atteso che per l'attivazione del suddetto Corso, relativamente alla docenza, è stata regolarmente svolta dal docente Dott. Roberto Angioni, come da dichiarazione in calce alla nota di pagamento del Direttore dell'Ufficio Legale;

Ritenuto di dover liquidare a favore del Dott. Roberto Angioni la nota del 09.11.2016 di € 500,00 (cinquecento euro) per la docenza da accreditare sul conto IBAN IT26A0312704800000000115172 come da documentazione allegata;

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

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di liquidare a favore del Dott. Roberto Angioni la nota del 09.11.2016 di € 500,00 (cinquecento euro) per la docenza da accreditare sul conto IBAN IT26A0312704800000000115172 come da documentazione allegata.

Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.

Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva di € 500,00

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

L. Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

V. Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

G. Pintus

ANGIONI

ROBERTO

Nato a [REDACTED]

Il [REDACTED]

Via [REDACTED]

Cap 09124 Città [REDACTED]

Tel [REDACTED] Cell [REDACTED]

Cod. Fiscale [REDACTED]

All'Azienda Ospedaliera
G. Brotzu
Piazzale A. Ricchi, 1
09134 Cagliari
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

"OBBLIGO DI DENUNCIA PER IL DANNO ERARIALE"

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu il giorno **28 OTTOBRE 2016**

Importo totale..... Euro	500,00
Ritenuta acconto 20%..... Euro	100,00
Totale netto..... Euro	400,00

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: IBAN IT26 A031 2704 80000000 0115 172

Cagliari 9.11.2016

Firma

*Prestazioni eseguite
correttamente*

(Dot. Ennio Filigheddu)





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Ospedaliera Brotzu

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

AO BROTZU

PG/2016/ 0018716 del 19/08/2016 ore 11,00

Azienda DIREZIONE GENERALE

Destinatari ANGIONI ROBERTO

Categoria 1 Fascicolo 2 del 2016



Gent. Sig.
Dott. Roberto Angioni

Mail a : angioni.roberto@gmail.com

Oggetto: Conferimento incarico. Richiesta disponibilità

In previsione della realizzazione del Seminario formativo aziendale: "**Obbligo di denuncia per il danno erariale**", si chiede la disponibilità della S.V. a tenere una lezione della durata di circa quattro ore nella giornata del 28.10.2016, oltre a circa un'ora per le domande dei partecipanti alla conclusione della lezione, dalle ore 08,30 alle 13,30 presso l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari.

Per la Sua docenza al Corso è previsto un compenso lordo onnicomprensivo di 500,00 Euro. Il conferimento dell'incarico è subordinato alla sottoscrizione della presente nota.

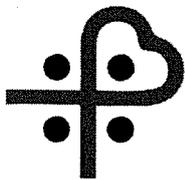
Il pagamento dell'importo di cui sopra avverrà a seguito di presentazione, di regolare ricevuta o fattura fiscale intestata a: Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" Piazzale A. Ricchi, 1 09134 Cagliari Partita IVA: 02315520920 ovvero con altro metodo che la S.V. vorrà cortesemente indicare.

Ringraziando fin d'ora per la preziosa collaborazione, si porgono i più cordiali saluti.

Il Direttore Amministrativo
Dottoressa Laura Balata

Per accettazione:

Dott. Roberto Angioni



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Al Commissario Straordinario

RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

L'obbligo di denuncia alla Corte dei Conti da parte degli organi della Pubblica Amministrazione dei fatti dannosi per l'Erario

STRUTTURA PROPONENTE

Ufficio Legale

OBIETTIVI

Informare gli operatori della dirigenza e del comparto, perché l'omessa denuncia di danno erariale è essa stessa fonte di responsabilità amministrativo-contabile

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Art.20 DPR 3/1957

Art.28 DPR 761/79

art. 1, co. 3, della L. 20/94

art. 17, co. 30 ter, D.L. 78/2009 dalla nullità degli atti istruttori compiuti in assenza di una notizia di danno previsti dalla legge.

TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)

Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)

Conferenza (minimo 4 ore)

Corso (minimo 4 ore)

Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI NO



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura _____

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)

Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)

Aula con capienza di n. _____ partecipanti

Sala conferenza per n. _____ partecipanti

Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

LAVAGNA LUMINOSA

LAVAGNA A FOGLI MOBILI

PC

VIDEOPROIETTORE

ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI NO

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

TUTTE LE PROFESSIONI

n. _____

PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE

(indicare esterni)

ASL n. _____

Strutture private

Altri enti o amministrazioni pubbliche
magistrato della Corte dei Conti,

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

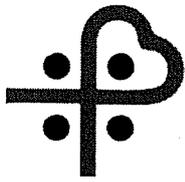
Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 5

UFFICIO FORMAZIONE RESP. Dott. Andrea Corrias

Tel. 070/539947/899/439 – Fax 070 539752 – e-mail: ufficioformazione@aob.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU – Piazzale Alessandro Ricchi 1- 09134 Cagliari (Italia) – Tel. +39 (0)70 5391



AO Brotzu

PROGRAMMA



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Si allega file del programma del corso: SI NO

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
 - Slides
 - Testi/libri
 - Riviste
 - Cd
 - Altri supporti
-

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica
 - role playing con griglia
 - prova manuale
- Prova orale
 - strutturata
 - non strutturata
- Prova scritta
 - tema
 - saggio
 - tesina
 - altro
- Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)
- Project Work



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

VOCI DI SPESA

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€
Pernottamento	€
Pasti	€
Spese di viaggio	€
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 500

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: _____ €
 Quote di iscrizione: _____ €

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

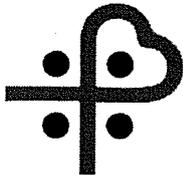
Nome ennio Cognome filigheddu
 Qualifica Dirigente amministrativo
 Struttura Ufficio legale
 Telefono 070539254 Cellulare _____
 Fax _____ email enniofiligheddu@aob.it

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome roberto Cognome angioni
 Telefono _____ Cellulare _____
 Fax _____ email _____
 Curriculum _____

A) Motivazione della scelta scientifica:

B) Motivazione della scelta economica:



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

C) Motivazione della scelta dei docenti:

A) Docenti Interni:

- in orario di servizio
- fuori orario di servizio

B) Docenti Esterni:

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima** dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Direttore Generale

Timbro e Firma (leggibile)

Direttore Generale

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

Timbro e Firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)

Nome e cognome (in stampatello)

Il Direttore del Dipartimento

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

Nome e Cognome (In stampatello)

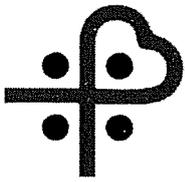
Responsabile Ufficio Formazione

Timbro e firma (leggibile)

NOTE:

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

- 3) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);*
- 4) *Programma ecm.*

Allegare in formato cartaceo

- 1) *Preventivi;*
- 2) *CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale*