

Deliberazione 248Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 8 FEB. 2017

**Oggetto:** Corso di formazione EFR ECM: "Le cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale: aggiornamenti su attività, prospettive e aspetti pratici dell'attività di raccolta" 3° edizione. Versamento del contributo per l'accreditamento del Evento Formativo Regionale.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 8 FEB. 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 14 dicembre 2016 si è regolarmente svolta la 3° edizione dell'EFR in oggetto, della Banca di Sangue Cordonale rivolto ai Medici, Ostetriche, TSLB, sia dell'Azienda che esterni;

**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 3° edizione del suddetto Corso;

**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**

Per i motivi espressi in premessa di:

- Provvedere al pagamento del contributo per l'accreditamento del EFR ECM: "Le cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale: aggiornamenti su attività, prospettive e aspetti pratici dell'attività di raccolta", 3° edizione, 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 Economico Finanziario 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: "Le cellule staminali emopoietiche da sangue cordonale: aggiornamenti su attività, prospettive e aspetti pratici dell'attività di raccolta" 3° edizione - Provider ID 4".

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Vinicio Atzeni

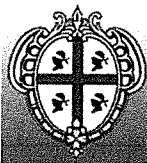
**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

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

<b>Ragione Sociale:</b>	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	<b>Id Provider:</b>	4
<b>Evento n°</b>	1857 (RES)	<b>Edizione n°</b>	3
<b>Titolo:</b>	LE CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE DA SANGUE CORDONALE: AGGIORNAMENTI SU ATTIVITÀ, PROSPETTIVE E ASPETTI PRATICI DELL'ATTIVITÀ DI RACCOLTA.	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	6	<b>Partecipanti:</b>	50

**Il contributo da versare è di C 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		0090	€*33,00*
Progressivo del CC postale		VCY 0263	€*1,00*
			Importo Versato
			Tassa Postale

Sezione : \_\_\_\_\_

Data Versamento : \_\_\_\_\_

(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale : \_\_\_\_\_

Progressivo operazioni svolte : \_\_\_\_\_

Importo Versato : \_\_\_\_\_ €

Progressivo CC postale : \_\_\_\_\_

Tassa postale : \_\_\_\_\_ €

OK

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. AGENAZIONE NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI