AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1773 **del** 25.09.2018

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig.ra Lucia Usai.

PDTD/2018/1801

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 25.09.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Luisanna Perra

Il Responsabile della SSD Formazione

Visto il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

Viste le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;

Vista la Deliberazione n. 263 del 04.03.2015, con la quale il commissario Straordinario ha autorizzato il Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. n° 6919 del 03.08.2018, con la quale il Direttore Dipartimento Pediatrico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig.ra Lucia Usai;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Lucia Usai al "XLVIII Congresso Nazionale SICP" che si terrà a Firenze dal 25.10.2018 al 27.10.2018, per un importo presunto complessivo di € 950,00 (novecentocinquanta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Pediatrico - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura dell' Infermiere Sig.ra Lucia Usai ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

AO Brotzu

Segue determinazione n. 1773 del 25.09.2018

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Lucia Usai al "XLVIII Congresso Nazionale SICP" che si terrà a Firenze dal 25.10.2018 al 27.10.2018.
2. Autorizzare la Sig.ra Lucia Usai a partire il giorno precedente all'inizio del Corso per motivi organizzativi;
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 950,00 (novecentocinquanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Pediatrico - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig. Lucia Usai venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSIE Dott. ssa Concetta Toscano

TOSCANO CONCETTA
Firmato digitalmente da TOSCANO CONCETTA
Data: 2018.09.12 15:44:12 +02'00'

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2018.09.18 12:46:07 +02'00'

AO BROTZU
NP/2018/6919 del 03/08/2018 ore 12,15
Mittente : SC Cardiologia Pediatrica e Cardio
Assegnatario : SSD Formazione
Classifica : 1.

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Fuori sede

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo_____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome LUCIA USAI

Struttura di appartenenza CARDIOLOGIA PED.

Dipartimento ~~MATERNO~~ PEDIATRIA

Telefono /cellulare [redacted] **e-mail** luciausai@aob.it

Qualifica INFERMIERA

Area contrattuale:
- ☒ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria
- ☐ Dirigenza Medica
- ☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Luci Usai

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ *Favorevole* ☐ *Non favorevole*

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
Dipartimento di Patologia Cardiaca
S.C. di Cardiologia Pediatrica
Direttore: Dott. Roberto Tumbarello

Fondo:
- ☒ fondo di struttura
- ☒ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
- ☐ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico) _____

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO PEDIATRICO
Direttore: Dr. Luigi Masia

Data (gg/mm/aaaa): 2/8/2018

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento _____

3. Dati dell'attività formativa

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Titolo: XLVIII CONGRESSO NAZIONALE SICP

Sede: FIRENZE

Data:	da (gg/mm/aaaa) 25.10.18	a (gg/mm/aaaa) 27.10.18	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____

Tipologia evento

ð Corso ð corso teorico/pratico ð Congresso ð Convegno ð Seminario ð frequenza in altra struttura

Organizzatore:

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____

Attività ECM? ☑ Si | □ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: ☒ Si | □ No

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

4. Preventivo di spesa

Ipotesi di spesa totale:

• ***Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:*** □ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)*** □ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA*** □ ***Non prevista***		€ 140
• ***Vitto:***		€ 120
• ***Pernottamento:***		€ 390
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☑ • ****Rientro giorno dopo*** □	€ 300
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€ 950

* *il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.*

ATTENZIONE: *non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale*

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

_____

_____

_____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore Generale (o suo delegato)

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

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

_____

_____

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente _____

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu _____,

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

ô Corso ô corso teorico/pratico ô Congresso ô Convegno ô Seminario ô frequenza in altra struttura

Titolo: _____

Sede: _____

Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione _____