AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 203 del 08.02.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Mauro Carta.

PDTD/2019/187

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 08.02.2019 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. n° 1268 del 07.02.2019, con la quale il Direttore della S. C. Servizio Trasfusionale ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Mauro Carta;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Mauro Carta alla Riunione: "Riunione centri Donatori IBMDR " che si terrà a Roma il 20.02.2019, per un importo presunto complessivo di € 265,00 (duecentosessantacinque euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dott. Mauro Carta ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione alla Riunione;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 203 del 08.02.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Mauro Carta alla Riunione: "Riunione centri Donatori IBMDR " che si terrà a Roma il 20.02.2019.
2. Autorizzare il Dott. Mauro Carta a partire il giorno precedente all'inizio del Corso per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 265,00 (duecentosessantacinque euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dott. Mauro Carta venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione alla Riunione.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2019.02.07 08:34:30 +01'00'

ANDREA CORRIAS

Firmato digitalmente da ANDREA CORRIAS
Data: 2019.02.07 09:43:21 +01'00'

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 AP 1268 del 7/2/2019

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome MAURO CARTA

Struttura di appartenenza SIT

Dipartimento Servizi Speciali di Diagnosi e Cura

Telefono /cellulare **e-mail** MAURO.CARTA@AOB.IT

Qualifica Dirigente Medico

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 MAURO CARTA

Firma (leggibile)

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 _____

Fondo:

☒ fondo di struttura

☐ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)

☐ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura dell'ufficio economico)

_____

Data (gg/mm/aaaa):_____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
DIRETTORE: Dott. MARIO PANI

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: III° Riunione Centri Donatori IBMDR

Sede: ROMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 20/02/2019	a (gg/mm/aaaa) 20/02/2019	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 6

Tipologia evento RIUNIONE

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

Organizzatore: IBMDR - CNT

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***		€
• ***Vitto:***		€ 30
• ***Pernottamento:***		€ 70
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☒ • ****Rientro giorno dopo*** □	€ 165
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€ 265

****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*

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:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario 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 _____

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, 06-02-19

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione Andrea Corrias

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Resp.: Dott. Andrea Corrias

Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo
Italian Bone Marrow Donor Registry
E.O. Ospedali Galliera - Genova

Genova, 29 gennaio 2019

Alla cortese attenzione
Direttori CNT/CNS
Responsabili Registri Regionali
Responsabili Centri Donatori
Coordinatori Comm.ni IBMDR
Direttore Ufficio 7 – Trapianti, sangue ed emocomponenti
Responsabile Controlli di Qualità per le tecniche di immunogenetica
Coordinatore Commissione valutazione non idoneità donatori IBMDR
p.c.: Presidente GITMO
Presidente SIMTI
Presidente AIBT
Presidente SIdEM

Oggetto: III riunione dei Centri Donatori IBMDR – Ordine del giorno

Gentilissimi,

con la presente Vi confermiamo che la prossima riunione con i Centri Donatori si svolgerà a Roma, presso CNT "Aula Rossi" il prossimo 20 febbraio – a partire dalle ore 11:00 sino a termine lavori previsto per le 17:00.

Di seguito riportiamo l'ordine del giorno:

1. dati di attività e programma nazionale di reclutamento 2019;
2. percorso di iscrizione del donatore IBMDR;
3. indicatori di performance della rete;
4. cause non idoneità dei donatori richiamati per invio campione (presentazione da parte di RR GE01, RR TO01, RR UD01);
5. cause non idoneità dei donatori richiamati per donazione CSE;
6. novità degli standard 2019;
7. follow-up dei donatori IBMDR;
8. varie ed eventuali.

Cordiali saluti.

Nicoletta Sacchi
IBMDR

E.O. *"OSPEDALI GALLIERA"* Via Volta, 19 - 16128 GENOVA - tel. 010/5634434-5 fax 010/57481999