

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 234 del 15.02.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Martina Cecconi.

PDTD/2019/223

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 15.02.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

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° 1303 del 07.02.2019, con la quale il Direttore della S.C Radiodiagnostica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dott.ssa Martina Cecconi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Martina Cecconi al Congresso: "ECR 2019 The Bigger Picture" che si terrà a Vienna dal 27.02.2019 al 03.03.2019, per un importo presunto complessivo di € 1554,00 (millecinquecentocinquantaquattro euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio-Dipartimento Servizi- fondi di struttura 2019-, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura della Dott.ssa Martina Cecconi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

Segue determinazione n. 234 del 15.02.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Martina Cecconi al Congresso: "ECR 2019 The Bigger Picture" che si terrà a Vienna dal 27.02.2019 al 03.03.2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1554,00 (millecinquecentocinquantaquattro euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Servizi - fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Dott.ssa Martina Cecconi venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
4. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

Fuori sede

Pagina 1 di 4

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 _____

AO BROTZU

NP/2019/1303

del 07/02/2019 ore 12,30

Mittente : SC Radiologia

Assegnatario : SSD Formazione

Classifica : 1.

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome

MARTINA CECONI

Struttura di appartenenza

AOB BROTZU

Dipartimento

RAMOMAGNOLICA

Telefono /cellulare _____

e-mail

martina.cecconi@ob.it**Area contrattuale:**

- Comparto
 Dirigenza Sanitaria
 Dirigenza Medica
 Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Qualifica

Medico Radiologo

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa)

17/01/2019

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

Firma (leggibile)

[Firma]**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 X**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)

Data (gg/mm/aaaa):

17/01/19

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
 CAGLIARI
 SERVIZIO RADIOLOGIA

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: ECR EUROPEAN SOCIETY OF RADIOLOGY ANNUAL MEETINGSede: VIENNA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>02/02/2018</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>03/03/2018</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	Congresso	Convegno
		Seminario	frequenza in altra struttura
Organizzatore: <u>ECR</u>			

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

Attività ECM? Sì | No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.***4. Preventivo di spesa**

Ipotesi di spesa totale:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ 720,00			
• Vitto:	€ 120,00			
• Pernottamento:	€ 576,00			
• Viaggio:	<table border="1"> <tr> <td>• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">€ 138,00</td> </tr> <tr> <td>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/>	€ 138,00	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>
• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/>	€ 138,00			
• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>				
• Altre spese:	€ /			
Totale spesa presunta	€ 1554,00			

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, 13-2-2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

UFFICIO FORMAZIONE
Cagliari
Resp.: Dott. Andrea Corrias

