

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 246 del 18.02.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Marina Pisu.**

PDTD/2019/222

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 18.02.2019 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 Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 1288 del 07.02.2019, con la quale il Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza ha fatto richiesta di comando obbligatorio per Frequenza in Altra Struttura, in favore della Dott. ssa Marina Pisu;
- Ritenuto** di dover autorizzare la Dott. ssa Marina Pisu alla Frequenza in Altre Strutture presso il Policlinico "San Matteo" di Pavia dal 11.03.2019 al 16.03.2019, per un importo presunto di € 1.630 (milleseicentotrenta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio Dirigenti Medici - Dipartimento Emergenza-Urgenza - anno 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 Marina Pisu della documentazione giustificativa ai competenti Uffici con la relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione alla frequenza;

Segue determinazione n. 246 del 18.02.2019

## **D E T E R M I N A**

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott. ssa Marina Pisu alla Frequenza in Altre Strutture presso il Policlinico "San Matteo" di Pavia dal 11.03.2019 al 16.03.2019.
2. Autorizzare la Dott. ssa Marina Pisu a partire il giorno prima e rientrare il giorno dopo il periodo di frequenza presso per motivi organizzativi
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1.630 (milleseicentotrenta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio Dirigenti Medici – Dipartimento Emergenza-Urgenza - anno 2019 di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Dott. ssa Marina Pisu venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione alla frequenza.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione  
Dott. Andrea Corrias



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

NP/2019/1288

del 07/02/2019 ore 11,19

Mittente: SC Anestesia e Rianimazione (SM)

Assegnatario: SSD Formazione

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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatoric  
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 MARINA PISU

Struttura di appartenenza RIANIMAZIONE

Dipartimento EMERGENZA / URGENZA

Telefono /cellulare \_\_\_\_\_ e-mail marina.pisu@aob.it

Qualifica ME D. CO

Area contrattuale:

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

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 06/02/2019

Nome e cognome del partecipante per assenso MARINA PISU

Firma (leggibile) Marina P.

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 del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): 06/02/2019

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore di Struttura

AO Brotzu Cagliari - P.O. S. MICHELE  
S.C. RIANIMAZIONE  
DIRETTORE P.P.  
Dr. Maria Emilia Marcella  
M. E. Marcella

Firma e Timbro (leggibile)  
AO Brotzu Cagliari  
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA  
IL DIRETTORE  
Dr. Giuseppe Dessi

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: VENTILAZIONE IN PR. CON ARDSSede: SAN MATTEO POL. CLINICO - PAVIA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>11/03/19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>16/03/19</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	<input type="checkbox"/> corso teorico/pratico	<input type="checkbox"/> Congresso	<input type="checkbox"/> Convegno
	<input type="checkbox"/> Seminario	<input checked="" type="checkbox"/> frequenza in altra struttura	
Organizzatore:			

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

Attività ECM?  Si |  No      Se sì, 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li><input type="checkbox"/> Non prevista</li> </ul> </li> </ul>	€
• Vitto:	€ 500
• Pernottamento:	€ 720
• Viaggio:	€ 360
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese:	€ 50
<b>Totale spesa presunta</b>	<b>€ 1630</b>

*\*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



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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2  
Pagina 3 di 4

**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:


*N*

---

---

Data, 13-2-2019

**Firma e Timbro** (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

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

*Andrea Corrias*

**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 \_\_\_\_\_