

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 311 del 05.03.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Cristina Locca.

PDTD/2019/286

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 05.03.2019 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° 1974 del 26.02.2019, con la quale il Direttore S.S.D. Chirurgia dell'Obesità ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig. Cristina Locca;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. Cristina Locca al Convegno "27° Congresso Nazionale S.I.C.O.B. che si terrà a Bologna dal 26.05.2019 al 28.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 1022,00 (millaventidue euro) come da documentazione agli atti di quest' ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Chirurgico- 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 dell' Infermiere Sig. Cristina Locca ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno;

Segue determinazione n. 311 del 05.03.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. Cristina Locca al Convegno "27° Congresso Nazionale S.I.C.O.B. che si terrà a Bologna dal 26.05.2019 al 28.05.2019.
2. Autorizzare la Sig. Cristina Locca a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1022,00 (millaventidue euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Chirurgico- fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig. Cristina Locca venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno.
5. 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

Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

Fuori sede

26 FEB. 2019

MO-DG-FOR-017.2

Prot. N.

108 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 _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome CRISTINA LOCCA (GONNESA 31/10/1963 – LCCCST63R71E086B) _____

Struttura di appartenenza AMBULATORI ESTERNI Stabilimento "San Michele" (DIREZIONE MEDICA)

Dipartimento CHIRURGICO – AMBULATORIO CHIRURGIA DELL'OBESITA'

Telefono /cellulare _____ e-mail: cristinalocca@aob.it _____

Qualifica :

COLL.PROF.SANIT.INFER. - AMBULATORI ESTERNI

Area contrattuale:

 Comparto Dirigenza Sanitaria Dirigenza Medica Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 22 / 02 / 2019

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

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 del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): 22/02/2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
SSD CHIRURGIA DELL'OBESITA'
Direttore: Dott. Roberto Moroni

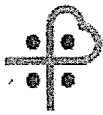
A
F
F
v

AO BROTZU
NP/2019/1974 del 26/02/2019 ore 09,29
Mittente SSD Chirurgia dell'Obesita
Assegnatario SSD Formazione

Ufficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
070.5296.5576
070.5296.5575-5578-5574
070.5296.5594
ail: ufficioformazione@aob.it

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
AO Brotzu CAGLIARI
Sede Ufficio Formazione
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIRETTORE: Dott. Fausto Zamboni
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it





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

Richiesta di Aggiornamento
Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2
Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativa		
--	--	--

Titolo: 27° CONGRESSO NAZIONALE "S.I.C.O.B."

Sede: BOLOGNA - HOTEL REGENCY SAVOIA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 26/05/2019	a (gg/mm/aaaa) 28/05/2019	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input checked="" type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> frequenza in altra struttura			
Organizzatore:			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____ SICOB - 5631

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: **IN VIA DI DEFINIZIONE**

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 type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input checked="" type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'A.O.B. compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ 120.00
• Vitto:	€ 240.00
• Pernottamento:	€ 390.00
<ul style="list-style-type: none"> Viaggio: <ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	€ 260.00
• Altre spese:	€ 12,00
Totale spesa presunta	€ 1022.00

*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



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

Fuori sede

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:

Data, 1.3.2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

 AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
 Resp.: Dott. 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 **CRISTINA LOCCA** (GONNESA 31/10/1963 – LCCCST63R71E086B) _____

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

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

Titolo: 27° CONGRESSO NAZIONALE “S.I.C.O.B.”


Sede: BOLOGNA - HOTEL REGENCY SAVOIA

Data: da (gg/mm/aaaa) 26/05/2019 a (gg/mm/aaaa) 28/05/2019

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

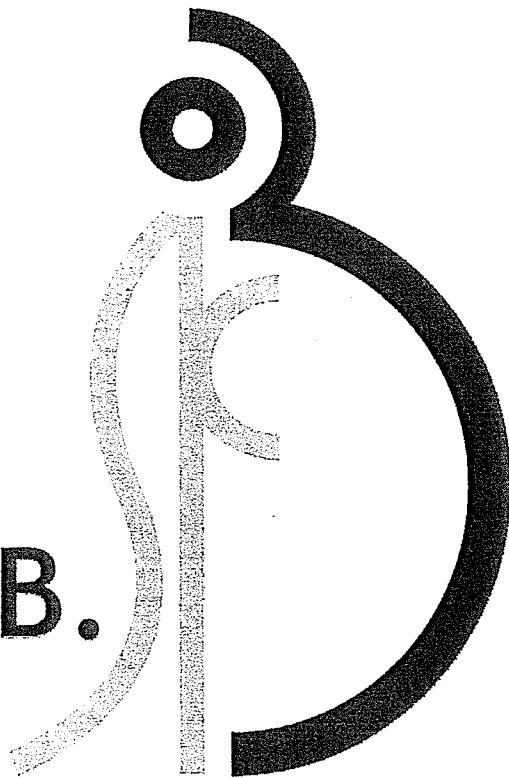
Data, 1.3.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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



S.I.C.OB.



Presidente Onorario del Congresso **G. Poggioli** (*Bologna*)
Presidente del Congresso **S. Cariani** (*Bologna*)