AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 398 **del** 22.03.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Alessio Ficarella.

PDTD/2019/407

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 22.03.2019 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° 2868 del 19.03.2019, con la quale il Direttore della S.C. Rianimazione e Anestesia ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Alessio Ficarella;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Alessio Ficarella al Corso: "Corso CIG Avanzato Istruttori EPALS " che si terrà a Bologna dal 29.05.2019 al 31.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 1150,00 (millecentocinquanta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Emergenza- 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 del Dott. Alessio Ficarella ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 398 del 22.03.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Alessio Ficarella al Corso: "Corso CIG Avanzato Istruttori EPALS " che si terrà a Bologna dal 29.05.2019 al 31.05.2019.
2. Autorizzare il Alessio Ficarella a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1150,00 (millecentocinquanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Emergenza - fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dott. Alessio Ficarella 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

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2019.03.21 11:27:41 +01'00'

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.03.21 12:31:04 +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_____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome ALESSIO FIORELLA

Struttura di appartenenza S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Dipartimento EMERGENZE

Telefono /cellulare _____ **e-mail** ALE.FIORELLA@GMAIL.COM

Qualifica DIR. MEDICO

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

Contratto ☐ a tempo determinato ☑ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 18/03/19

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Alessio Fiorella

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): 18/03/19

Firma e Timbro (leggibile) Il Direttore di Struttura

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Bassi

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.
Dott. Maria Emilia Marcello

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

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO GIC AVANZATO ISTRUTTORI EPALS

Sede: BOLOGNA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 28/05/18	a (gg/mm/aaaa) 31/05/18	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico ☑	Congresso	Convegno	Seminario	frequenza in altra struttura
Organizzatore: IRC ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider 02598221201

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***		€ 750,00
• ***Vitto:***		€ 220,00
• ***Pernottamento:***		€ 240,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☑ • ****Rientro giorno dopo*** □	€ 150,00
• ***Altre spese:***		€ 30,00
Totale spesa presunta		€ 1150,00

****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:

_____

_____

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

Data, 20-3-19

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 FLORELLA ALESSIO

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: CORSO GLC AVANZATO

Sede: BOLOGNA, VIA CROCE COPERTA

Data: da (gg/mm/aaaa) 28/05/18 a (gg/mm/aaaa) 31/05/18

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

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

Data, 20.3.19

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

Italian Resuscitation Council

IRC

CORSO UNIFICATO ISTRUTTORI AVANZATI

Sede, Data

PROGRAMMA