

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 419 del 26.03.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiera, Sig.ra Giovanna Vinci.**

PDTD/2019/422

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 26.03.2019 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 3020 del 21.03.2019, con la quale il Direttore della S.C. Oculistica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Sig.ra Giovanna Vinci;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Sig.ra Giovanna Vinci al Congresso: "Congresso Prisma Ipovisione senza frontiere " che si terrà a Firenze dal 30.03.2019 al 31.03.2019, per un importo presunto complessivo di € 930,00 (novecentotrenta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Chirurgico- 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 Sig.ra Giovanna Vinci ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

Segue determinazione n. 419 del 26.03.2019

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

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Sig.ra Giovanna Vinci al Congresso: "Congresso Prisma Ipovisione senza frontiere " che si terrà a Firenze dal 30.03.2019 al 31.03.2019.
2. Autorizzare la Sig.ra Giovanna Vinci a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 930,00 (novecentotrenta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Chirurgico- fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Sig.ra Giovanna Vinci venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione  
Dott. Andrea Corrias

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
 Fuori sede



LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA

Prot. N. 251

N. protocollo \_\_\_\_\_

**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome

Vinci Giovanna

Struttura di appartenenza

S.C. OCULISTICA

Dipartimento

CHIRURGIA

Telefono /cellulare

e-mail car.me.gio@tiscali.it

Qualifica

INTERIERE

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 18/3/19

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Vinci Giovanna

**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: formazione inerente all'apertura del Centro Ipovisione

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità \_\_\_\_\_

AO Brotzu - Cagliari  
 S.C. OCULISTICA  
 F.F.: Dr. Massimo D'Atri

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

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari  
 S.C. OCULISTICA  
 F.F.: Dr. Massimo D'Atri

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
 CAGLIARI

**3. Dati dell'attività formativa**

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

SSD 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)

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

DIRETTORE: Dott. Fausto Zamboni

AO Brotzu

Sede SSD Formazione

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

[www.aob.it](http://www.aob.it)



Titolo: Congresso PERSTA Ipoissone senza frontiere

Sede: Firenze

Data:	da (gg/mm/aaaa) _____	a (gg/mm/aaaa) _____	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
<b>Tipologia evento</b>			
<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			
<b>Organizzatore:</b>			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider 05994290685

Attività ECM?  Sì |  No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 10

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"> <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 checked="" type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <ul style="list-style-type: none"> <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> </li> </ul>	€150.00	
• Vitto:	€ <del>120.00</del> 20.00	
• Pernottamento:	€ 260.00	
• Viaggio:	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	€ 300.00
• Altre spese:	€ 100.00	
<b>Totale spesa presunta</b>	<b>€ 930.00</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

#### 5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

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



(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**

richiesta e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

*N*

**Data,** 25.3.19

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

AO Brotzu - Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Res. Dott. Andrea Corrias

**7. Esenzione IVA**



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

Fuori sede

Pagina 4 di 4

*(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)*

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente Vinci GIOVANNA

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:

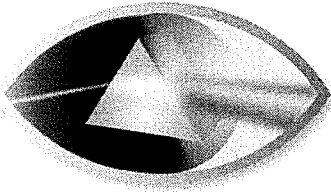
 Corso  corso teorico/pratico  Congresso  Convegno  Seminario  frequenza in altra strutturaTitolo: Congresso Prisma, Ipovisione senza frontiereSede: FirenzeData: da (gg/mm/aaaa) 30/3/19 a (gg/mm/aaaa) 31/3/19

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, 25.3.19Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Resp. Dott. Andrea Corrias



**VIII**  
Congresso P.R.I.S.M.A

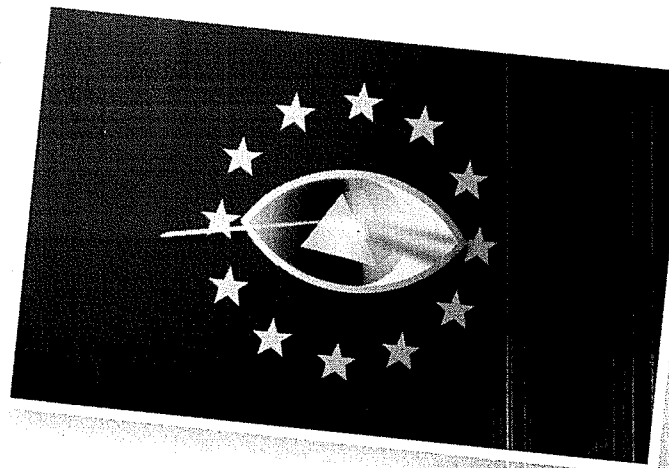
# IPOVISIONE SENZA FRONTIERE

**30-31 Marzo 2019**

Firenze

Grand Hotel Baglioni

Partecipazione gratuita  
alle sessioni plenarie



**10**  
CREDITI  
ECM

Acquisibili tramite  
corso FAD ECM