

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 420 del 26.03.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Ortottista, Sig.ra Silvia Cristiana Mancosu.

PDTD/2019/423

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° 3017 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 Silvia Cristiana Mancosu;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Sig.ra Silvia Cristiana Mancosu 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 Silvia Cristiana Mancosu ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

Segue determinazione n. 420 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 Silvia Cristiana Mancosu 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 Silvia Cristiana Mancosu 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 Silvia Cristiana Mancosu 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

MO-DG-FOR-017.2

Pagina 1 di 4

Prot. N. 449



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

SILVIA CRISTIANA MANCOSU

Struttura di appartenenza

SC OCULISTICA

Dipartimento

CHIRURGIA

Telefono /cellulare _____

e-mail

SILVIA.MANCOSU@EMAIL.IT

Qualifica

ORTOTISTA E ASSIN OFTALMOLOGIA

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa) 18/03/2019

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

Firma (leggibile)

Silvia Cristiana Mancosu

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 PROVISIONE

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"
CAGLIARIDIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIRETTORE Dott. Fausto Zamboni**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

AO Brotzu

Sede SSD Formazione

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

www.aob.it

Titolo: CONGRESSO PRIMA: IPROVISIONE SENZA FRONTIERESede: FIRENZE

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>30/03/19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>31/03/19</u>	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 05996190485Attività ECM? Sì | NoSe sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 10Allega* 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) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€ <u>150,00</u>			
• Vitto:	€ <u>120,00</u>			
• Pernottamento:	€ <u>260,00</u>			
• Viaggio:	<table border="1"> <tr> <td>• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">€ <u>300,00</u></td> </tr> <tr> <td>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ <u>300,00</u>	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>
• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ <u>300,00</u>			
• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>				
• Altre spese:	€ <u>100,00</u>			
Totale spesa presunta	€ <u>830,00</u>			

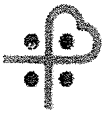
*il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.

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

AO Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 3 di 4*(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)* Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

_____**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

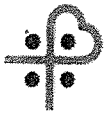
6. Parere del Responsabile SSD Formazione

rifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio: ,

Ve-

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

_____Data, 25-3-19Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione
AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp. Dott. Andrea Corrias**7. Esenzione IVA**Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.itSSD Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.itAO Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
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 SILVIA CRISTIANA MANCOSU

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:

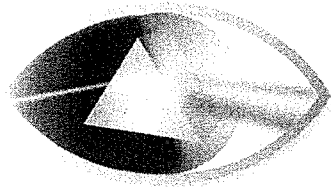
 Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra strutturaTitolo: CONGRESSO PRISMA: I PROVVISORI SENZA FRONTIERESede: FIRENZAData: da (gg/mm/aaaa) 30/03/2019 a (gg/mm/aaaa) 31/03/2019

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

AO Brotzu
SSD FORMAZIONE
Resp. Pea. Andrea Corrias



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

IPOVISIONE

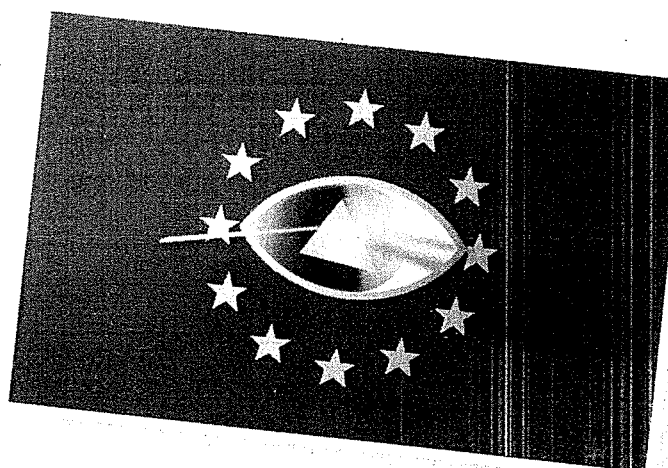
SENZA FRONTIERE

30-31 Marzo 2019

Firenze

Grand Hotel Baglioni

Partecipazione gratuita
alle sessioni plenarie



10

CREDITI
ECM

Acquisibili tramite
corso FAD ECM