AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 437 **del** 29.03.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Giulia Murenu.

PDTD/2019/449

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 29.03.2019 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 Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. NP 1982 del 26/02/2019, con la quale il Direttore SSD Chirurgia dell'Obesità ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig. ra Giulia Murenu;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. ra Giulia Murenu al Congresso "27° Congresso nazionale SICOB" che si terrà a Bologna dal 26/05/2019 al 28/05/2019, per un importo presunto complessivo di € 1.022,00 (milleventidue euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo Strategico per l'aggiornamento obbligatorio 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. ra Giulia Murenu ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

AO Brotzu

Segue determinazione n. 437 del 29.03.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. ra Giulia Murenu al Congresso "27° Congresso nazionale SICOB" che si terrà a Bologna dal 26/05/2019 al 28/05/2019.
2. Autorizzare il Sig. ra Giulia Murenu a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1.022,00 (milleventidue euro) ricadrà sul Fondo Strategico per l'aggiornamento obbligatorio 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig. ra Giulia Murenu 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

CPSI Dott.

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2019.03.29 07:10:46 +01'00'

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.03.29 11:42:01 +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_____

DIR. SAN. PRESIDIO
25 FEB. 2019
PERVENUTO

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome **GIULIA MURENU** (CAGLIARI 07/06/1965 – MRNGLI65H47B354X)

Struttura di appartenenza **AMBULATORI ESTERNI Stabilimento "San Michele" (CORPO SEPARATO)** ____

Dipartimento **DIREZIONE MEDICA - STABILIMENTO "SAN MICHELE"**_____

Telefono /cellulare **e-mail: giulia.murenu@tiscali.it** _____

Qualifica :
COLL.PROF.SANIT.INFER. - AMBULATORI ESTERNI

Area contrattuale:
X Comparto
□Dirigenza Sanitaria
□Dirigenza Medica
□Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto □ a tempo determinato **X** a tempo indeterminato

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

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Giulia Murenu

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 ___

AO BROTZU
NP/2019/1982 del 26/02/2019 ore 10,57
Mittente SSD Chirurgia dell Obesità
Assegnatario SSD Formazione

Fondo:
□ fondo di struttura
X 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

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

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

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

ð Corso ð corso teorico/pratico **X** Congresso ð Convegno ð Seminario ð frequenza in altra struttura

Organizzatore:

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

Attività ECM? **X** Si | □ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: IN VIA DI DEFINIZIONE***

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: x 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)*** **x** ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA*** □ ***Non prevista***		€ 120.00
• ***Vitto:***		€ 240.00
• ***Pernottamento:***		€ 390.00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** **X** • ****Rientro giorno dopo*** □	€ 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*

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: AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" **Data** (gg/mm/aaaa): _____

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vinicio Atzeni

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

☒ *Favorevole* ☐ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

Data, 28.3.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
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 **GIULIA MURENU** (CAGLIARI 07/06/1965 – MRNGLI65H47B354X) _____

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:

ð Corso ð corso teorico/pratica **X** Congresso ð Convegno ð Seminario ð 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, 28.3.2019

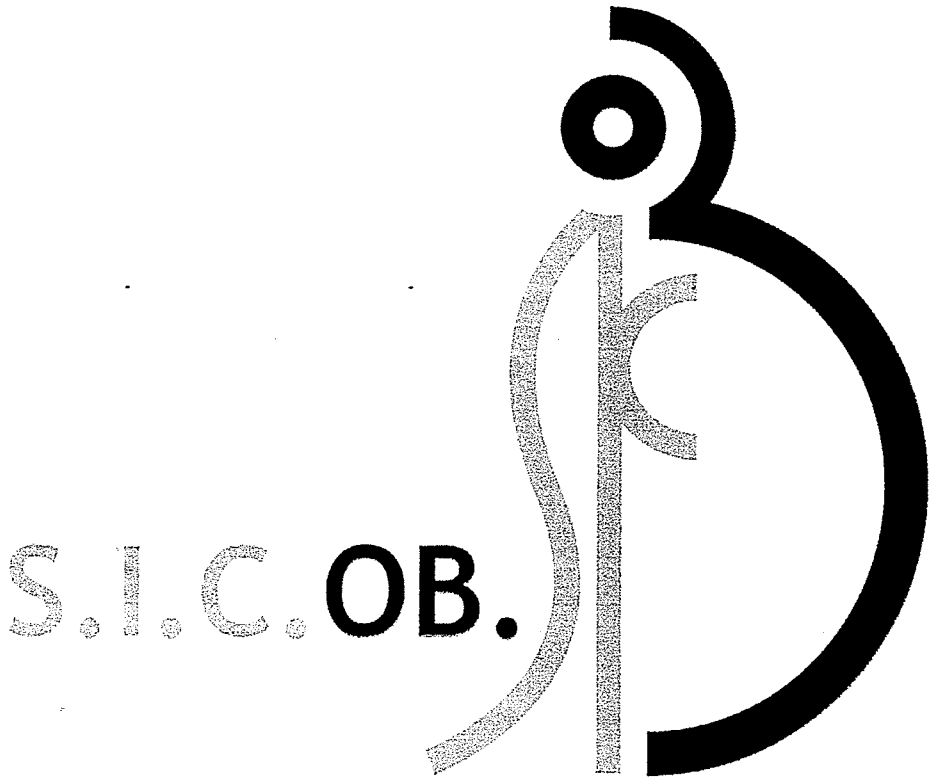
Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

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

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

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



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