

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 475 del 08.04.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. Tiziana Dessi.**

PDTD/2019/480

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 08.04.2019 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° 71 del 03.04.2019, con la quale il Direttore S.C. Ematologia ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig. Tiziana Dessi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. Tiziana Dessi al Congresso "Riunione Nazionale GITMO" che si terrà a Bologna dal 06.05.2019 al 07.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 430,00 (quattrocentotrenta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Internistico Oncologico- 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. Tiziana Dessi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

Segue determinazione n. 475 del 08.04.2019

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

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. Tiziana Dessì al Congresso "Riunione Nazionale GITMO" che si terrà a Bologna dal 06.05.2019 al 07.05.2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 430,00 (quattrocentotrenta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Internistico Oncologico- fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig. Tiziana Dessì venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
4. 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 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2  
Pagina 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 71**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome

TIZIANA DESSI

Struttura di appartenenza

P.O. BUSINCO - DAY HOSPITAL / TRAPIANTI EMATOLOGIA

Dipartimento

ONCOLOGICO INTERNISTICO

Telefono /cellulare

00 00

e-mail

tiziana.dessi@aob.it

Qualifica

COORDINATORE INF. FF.

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa)

27/03/2019

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:

CONSOLIDAMENTO DELLE COMPETENZE ACQUISITE SPECIFICHE PER IL PERSONALE COINVOLTO NELL'ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA

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)

Data (gg/mm/aaaa):

27.03.2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

Direttore: Dott. Roberto GannaU.O. EMATOLOGIA E CTMO  
**DAY HOSPITAL**  
Coordinatrice: Tiziana DessiU.O. EMATOLOGIA E CTMO  
CATTEDRA DI EMATOLOGIA  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARIProf. Giorgio La Nasa

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: RIUNIONE NAZIONALE GITMO (GRUPPO ITALIANO TRAPIANTI NIDOLLO OSSEO)Sede: BOLOGNA - HOTEL ROYAL CARLTON

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>06/05/19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>07.05.2019</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	<input type="checkbox"/> corso teorico/pratico	Congresso	<input checked="" type="checkbox"/> Convegno
		Seminario	<input type="checkbox"/> frequenza in altra struttura
Organizzatore: <u>GITMO</u>			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider DSST2W62T45B354 GAttività ECM?  Si |  No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 3Allega\* 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:

<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 type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <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>	€ / <u>SOCIO GITMO</u>
• Vitto:	€ <u>100</u>
• Pernottamento:	€ <u>180</u>
• Viaggio:	€ <u>150</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese:	€ _____
<b>Totale spesa presunta</b>	€ <u>430</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**

(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:

\_\_\_\_\_ *N* \_\_\_\_\_

**Data,** 3-6-2019

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

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



XIII Congresso della Società GITMO

# RIUNIONE NAZIONALE GITMO

BOLOGNA  
ROYAL HOTEL CARLTON  
6-7 Maggio 2019

DA VITA NASCE VITA: PROMUOVERE LA DONAZIONE DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE IN ITALIA