

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 491 del 12.04.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Giovanna Amato.**

PDTD/2019/332

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 12.04.2019 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 2220 del 04.03.2019, con la quale il Direttore della S.C. Giovanna Amato ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dott.ssa Giovanna Amato;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Giovanna Amato al Corso: "Advanced Course:Laparoscopic Neonatal Surgery " che si terrà a Napoli dal 09.05.2019 al 10.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 1700,00 (millesettecento euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Pediatrico- 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 Dott.ssa Giovanna Amato ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

Segue determinazione n. 491 del 12.04.2019

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

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Giovanna Amato al Corso: "Advanced Course:Laparoscopic Neonatal Surgery " che si terrà a Napoli dal 09.05.2019 al 10.05.2019.
2. Autorizzare la Dott.ssa Giovanna Amato a partire il giorno prima dell'evento formativo e al rientro il giorno successivo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1700,00 (millesettecento euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Pediatrico - fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla Dott.ssa Giovanna Amato venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. 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 sede

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 \_\_\_\_\_

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

Nome e Cognome

GIOVANNA AMATO

Struttura di appartenenza

U.O. CHIRURGIA PEDIATRICA

Dipartimento

DIP. PEDIATRICO E DELLE MICROCITEMIE

Telefono /cellulare

- e-mail

gio.amato77@gmail.com

Qualifica

DIRIGENTE MEDICO

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa) 10.07.2017

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Giovanna Amato

**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): 22/02/19

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari  
DIPARTIMENTO PEDIATRICO  
Direttore Dr. Luigi Mascia

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: ADVANCED COURSE : LAPAROSCOPIC NEONATAL SURGERYSede: NAPOLI

|                  |                                |                                |   |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|
| Data:            | da (gg/mm/aaaa) <u>9/05/19</u> | a (gg/mm/aaaa) <u>10/05/19</u> | Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>20</u> |
| Tipologia evento |                                |                                |   |
| Corso            | <u>corso teorico/pratico</u>   | Congresso                      | Convegno  |
|                  | Seminario                      | frequenza in altra struttura   |   |
| Organizzatore:   |                                |                                |   |

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

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:

|   |                |
|---|----------------|
| <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)</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> | € 1.100        |
| • Vitto:  | € 100          |
| • Pernottamento:  | € 300          |
| • Viaggio:  | € 150          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>  |                |
| • Altre spese: <u>TRANSFER</u>  | € 50           |
| <b>Totale spesa presunta</b>  | <b>€ 1.700</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***(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**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:  
  

---

---

Data, 23/8/2019Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore 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 AMATO 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: ADVANCED COURSE LAPAROSCOPIC NEONATAL SURGERYSede: NAPOLIData: da (gg/mm/aaaa) 4.5.19 a (gg/mm/aaaa) 10.5.19

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, 8.3.2019

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

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

# Ped Surg F2

NAPLES - ITALY

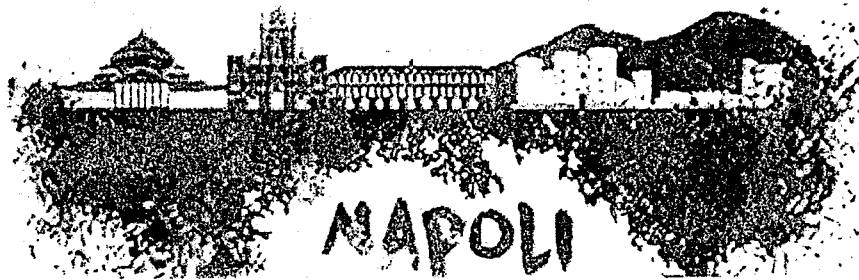
## ADVANCED COURSE

# LAPAROSCOPIC NEONATAL SURGERY

9-10 May, 2019



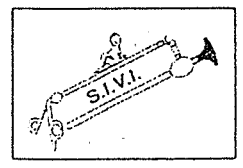
Venue: Center of Biotechnologies – Cardarelli Hospital, Naples, Italy



*Under the patronage of:*



Antonio Cardarelli



MORE THAN 10 HOURS OF PRACTICE IN LIVE SURGERY ON RABBIT MODEL  
DRY-LAB SESSIONS ON PELVIC TRAINERS AND THEORETICAL SESSIONS