

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 526 del 19.04.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Daniela Onnis.

PDTD/2019/565

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 19.04.2019 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°50 del 16.04.2019, con la quale il Direttore della S.C. Anatomia Patologica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dott.ssa Daniela Onnis;
- Ritenuto** di dover autorizzare la Dott.ssa Daniela Onnis alla frequenza presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi a Bologna dal 27.05.2019 al 31.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 1000,00 (mille 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 della Dott.ssa Daniela Onnis ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione;

Segue determinazione n. 526 del 19.04.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la Dott.ssa Daniela Onnis alla frequenza presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi a Bologna dal 27.05.2019 al 31.05.2019.
2. Autorizzare la Dott.ssa Daniela Onnis 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 € 1000,00 (mille 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 dalla Dott.ssa Daniela Onnis venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione.
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 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 50/18

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome

DANIELA ONNIS

Struttura di appartenenza

NOC Anatomia Patologica

Dipartimento

SERVIZI

Telefono /cellulare

e-mail

danielaonnis@zob.it

Qualifica

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa)

05/04/2019

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:

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):

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO (SERVIZI)
Dott. Giancarlo Argianni
Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di DipartimentoS.C. Anatomia Patologica
AZ. OSP. G. BROTZUP.le A. Ricchi, 1
09134 CAGLIARIAzienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.itUfficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@zob.itAO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: FREQUENZA PRESSO POLICLINICO S. ORSOLO MALPIGHI - BOLOGNA
PROGETTO TRAPIANTI SECONDO OPINION NAZIONALE

Sede: Bologna Ospedale S. ORSOLO MALPIGHI

Data: da (gg/mm/aaaa) 27/05/19 a (gg/mm/aaaa) 31/05/19 Durata dell'attività formativa in ore: N. _____

Tipologia evento
 Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Organizzatore: _____

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

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

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"> Se prevista iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA <input checked="" type="checkbox"/> Non prevista 		€
• Vitto:		€ 200
• Pernottamento:		€ 500
• Viaggio:	<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/> 	€ 300
• Altre spese:		€
Totale spesa presunta		€ 1.000

*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

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 3 di 4**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, 18.4.2019Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione
Resp: Dott. Andrea Corrias

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 1 di 4LA 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

SONIA MANNIZZI

Struttura di appartenenza

DIPARTIMENTO / LAB. ANALISI

Dipartimento

SERVIZI

Telefono /cellulare

3274408188

e-mail

Beppe.Mech@gmail.com

Qualifica

I.V.F.

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Nanni M. Senni

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

Maurizio Deidda

Fondo:

 fondo di struttura fondo strategico Aziendale (vedi punto 5) fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto del fondo a cura del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore del Dipartimento

DIPARTIMENTO SERVIZI

Dott. Giancarlo Angioni

Azienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.itUfficio 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 Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: 50° Congresso NAZIONALE cardiologo
 Sede: RIOMI

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>16-05-2019</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>18-05-2019</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	Congresso	Convegno Seminario frequenza in altra struttura
Organizzatore:			

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

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

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"> 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) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€
• Vitto:	€
• Pernottamento:	€
<ul style="list-style-type: none"> Viaggio: <u>AEREO</u> <ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/> 	€ 75,00
• Altre spese:	€
Totale spesa presunta	€ 75,00

*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