

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 527 del 19.04.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig.ra Sonia Nannizzi.

PDTD/2019/566

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 Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 4079 del 18.04.2019, con la quale il Direttore del Dipartimento Servizi ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig.ra Sonia Nannizzi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Sonia Nannizzi al " V Congresso Nazionale A.N.M.C.O." che si terrà a Rimini dal 16.05.2019 al 18.05.2019, per un importo presunto complessivo di € 75,00 (settantacinque euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Servizi - 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.ra Sonia Nannizzi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

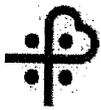
Segue determinazione n. 527 del 19.04.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Sonia Nannizzi al " V Congresso Nazionale A.N.M.C.O." che si terrà a Rimini dal 16.05.2019 al 18.05.2019.
2. Autorizzare la Sig.ra Sonia Nannizzi a partire il giorno prima dell'evento formativo e rientrare il giorno dopo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 75,00 (settantacinque euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig.ra Sonia Nannizzi 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

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 _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome SONIA MANNIZZI

Struttura di appartenenza ONCOLOGICO / LAB. ANALISI

Dipartimento SERVIZI

Telefono /cellulare _____ mail Beppe.Mech.5@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) Manni Soris**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: _____

AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCO
LABORATORIO ANALISI CHIMICO
CLINICHE E MICROBIOLOGICHE
COORDINATORE: Sig. Maurizio Deidda

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)

Data (gg/mm/aaaa): _____

AO Brotzu - Cagliari
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE
E MICROBIOLOGICHE
DIRETTORE Dott. Giancarlo Angioni
Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura
AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

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



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

Fuori sede

Pagina 3 di 4

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:

Data, 18-4-19

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

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

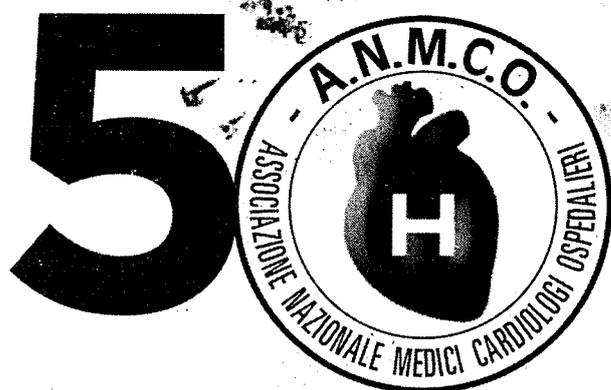
IT'S ALWAYS

ANMCO

T I M E

ANMCO

2  19



Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

**PROGRAMMA
PRELIMINARE**

R I M I N I
1 6 • 1 8
M A G G I O
PALACONGRESSI

INSIEME PER IL CUORE, DA CINQUANT'ANNI

www.anmco.it

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° _____ del _____

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Cristina Manieli.

PDTD/2019/447

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal _____ 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° 3175 del 27.03.2019, con la quale il Direttore della S.C. Anatomia Patologica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dottoressa Cristina Manieli;
- Ritenuto** di dover autorizzare la Dottoressa Cristina Manieli alla frequenza presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi a Bologna dal 07.04.2019 al 13.04.2019, 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 Dottoressa Cristina Manieli ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione;

Segue determinazione n. _____ del _____

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la Dottoressa Cristina Manieli alla frequenza presso il Policlinico Sant'Orsola Malpighi a Bologna dal 07.04.2019 al 13.04.2019.
2. Autorizzare la Dottoressa Cristina Manieli 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 Dottoressa Cristina Manieli 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

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

**CAMPUS
MARIA
CARMINA**

Firmato digitalmente
da CAMPUS MARIA
CARMINA
Data: 2019.03.28
13:45:14 +01'00'



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

NP/2019/3175

del 27/03/2019 ore 09,37

Mittente SC Anatomia Patologica

Assegnatario SSD Formazione

Classifica 1

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

Richiesta 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 29/2019

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome

CRISTINA MANIELI

Struttura di appartenenza

ANATOMIA PATOLOGICA

Dipartimento

Telefono /cellulare

e-mail CRISTINA.MANIELI@aob.it

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) 19/03/19

Nome e cognome del partecipante per assenza

Firma (leggibile) Cristina Manieli

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): 20/03/2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

S.C. Anatomia Patologica
AO Brotzu
P.le Ricchi, 1
09134 CAGLIARI

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: ufficiofo.mazione@aob.it

AO Brotzu

Sede Ufficio Formazione

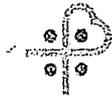
Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

www.aob.it

Si autorizza FINO ALLA CONCORRENZA della AO Brotzu - Cagliari
PER SINGOLO PARTECIPANTE PER A 1.000 (MILLE) EURO
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 2 di 4**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: FREQUENZA PRESSO POLICLINICO S. ORSOLA MALPIGHI - BOLOGNA PROGETTO TRAPIANTI
SECONDA OPINIONE NAZIONALE -
Sede: BOLOGNA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>07/04/19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>13/04/19</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 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:	€ 360,00
• Pernottamento:	€ 600,00
• Viaggio:	€ 200,00
<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input checked="" type="checkbox"/> 	
• Altre spese:	€
Totale spesa presunta	€ <u>1460,00 / 1000</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 originaleAzienda 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



Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-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 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 *per il cliente*

Non favorevole

Motivazione del parere:

*l'azienda si è allineata
della forma erogata per ciascun modo (1000 €)*

Data, 27.3.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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