AO Brotzu

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 755 del 05.06.2019**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Matteo Runfola.**

PDTD/2019/784

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 05.06.2019 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

**Vista** la comunicazione Prot. NP n° 5516 del 31/05/2019, con la quale il Direttore della SSD Chirurgia dell'Obesità ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Matteo Runfola;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Matteo Runfola al Convegno "Clinical congress 2019: The Best Surgical Education" che si terrà a San Francisco - USA dal 27/10/2019 al 31/10/2019, per un importo presunto complessivo di € 3.900,00 (tremilanovecento euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Chirurgico - fondi di struttura Dirigenza Medica 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dott. Matteo Runfola ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno;

%

**AO** Brotzu

Segue determinazione n. 755 del 05.06.2019

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

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Matteo Runfola al Convegno "Clinical congress 2019: The Best Surgical Education" che si terrà a San Francisco - USA dal 27/10/2019 al 31/10/2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di 3.900,00 (tremilanovecento euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Chirurgico - fondi di struttura Dirigenza Medica 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dott. Matteo Runfola venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno.
4. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott. ssa
ALBA PIRAS
Firmato digitalmente da ALBA PIRAS
Data: 2019.06.05 10:11:51 +02'00'

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.06.05 10:18:52 +02'00'

AO Brotzu

**UFFICIO FORMAZIONE**

AZ. OSP. "G. BROTZU" - CAGLIARI
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA E TRAPIANTO DI FEGATO
31 MAG. 2019
Prot. N. 228

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

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**
**Fuori sede**

MO-DG-FOR-017.2


*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**_____

AO BROTZU
NP/2019/5516 del 31/05/2019 ore 10,12
Mittente : Dipartimento Chirurgico
Assegnatario : SSD Formazione

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

**Nome e Cognome** MATTEO RUNFOLA

**Struttura di appartenenza** CHIR. OBESITA'

**Dipartimento** CHIRURGIA

**Telefono /cellulare** [redacted] **e-mail** matteo.runfola@gmail.com

**Qualifica** Dirigente medico 1 livello

**Area contrattuale:**
- □Comparto
- □Dirigenza Sanitaria
- ☒Dirigenza Medica
- □Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto □ a tempo determinato ☒a tempo indeterminato

**Data** (gg/mm/aaaa) 04/10/2011

**Nome e cognome del partecipante per assenso**

**Firma** (leggibile) Matteo Runfola
MATTEO RUNFOLA

***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): 31/05/2019

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Struttura

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

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

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA
DIRETTORE: Dott. Fausto Zamboni

## 3. Dati dell'attività formativa

**Titolo:** AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - CLINICAL CONGRESS 2019

**Sede:** SAN FRANCISCO - CA - U.S.A.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Data:** | da (gg/mm/aaaa) 27/10/19 | a (gg/mm/aaaa) 31/10/19 | **Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____ |

**Tipologia evento**

Corso | corso teorico/pratico | (Congresso) | Convegno | Seminario | frequenza in altra struttura

**Organizzatore:** AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

***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 GIA' ALLEGATO IN PRECEDENTE RICHIESTA

**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:***<br>□ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)***<br>□ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA***<br>□ ***Non prevista*** | | € Ø |
| • ***Vitto:*** | | € 400 circa |
| • ***Pernottamento:*** | | € 2500 circa |
| • ***Viaggio:*** | • ****Partenza giorno prima*** □<br>• ****Rientro giorno dopo*** □ | € 1000 circa |
| • ***Altre spese:*** | | € — |
| ***Totale spesa presunta*** | | € 3900 circa |

****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:

_____

_____

**Data,** 4.6.2018

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

AO Brotzu - Cagliari
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 _____

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 struttura

**Titolo:** _____

**Sede:** _____

**Data:** da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

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,** _____

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

Gmail

Matteo Runfola <matteo.runfola@gmail.com>

# Clinical Congress is coming. See you in San Francisco!

1 messaggio

**American College of Surgeons** <cc2019@email.facs.org> 14 maggio 2019 19:32
Rispondi a: mail.bgyuyxiupdomddispnd@email.facs.org
A: matteo.runfola@gmail.com

View this email online

Update your preferences