

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 838 del 01.07.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Prof. Paolo Moi.

PDTD/2019/894

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 01.07.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore 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° 82 del 24.06.2019, con la quale il Direttore della Clinica Pediatrica e Malattie Rare ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Prof. Paolo Moi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Prof. Paolo Moi al: "Tavolo tecnico malattie rare " che si terrà a Roma il 25/06/2019, per un importo presunto complessivo di € 250,00 (duecentocinquanta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio-Fondi delle Malattie Rare, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Prof. Paolo Moi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione;

Segue determinazione n. 838 del 01.07.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Prof. Paolo Moi al: "Tavolo tecnico malattie rare " che si terrà a Roma il 25/06/2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di 250,00 (duecentocinquanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Fondi delle Malattie Rare -, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Prof. Paolo Moi venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione.
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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

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 82 del 24.06.2019

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome PAOLO MOI_

Struttura di appartenenza CLINICA PEDIATRICA E MALATTIE RARE

Dipartimento DI PEDIATRIA

Telefono /cellulare 07052965669 e-mail paolo.moi@aob.it

Qualifica DIRETTORE

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)

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 di cura del settore economico)

FONDI DELLE MALATTIE RARE

Data ~~14/02/2019~~ 24.6.2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
 P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
 VIA JENNER - 09121 CAGLIARI
 U.O.C. Clinica Pediatrica e Malattie Rare
 Direttore: Prof. Paolo Moi
 Tel. 070.52965656 - Fax 070.52965558

AO Brotzu - Cagliari
 DIPARTIMENTO PEDIATRICO
 Direttore: Dr. Luigi Mascia

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: TAVOLO TECNICO MALATTIE RARE

Sede: ROMA

Data:	da 25/06/2019	a 25/06/2019	Durata dell'attività formativa in ore: N. 6
Tipologia evento			
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> frequenza in altra struttura			
Organizzatore: CS-CAAO-SMR			

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 type="checkbox"/> Non prevista 		€
• Vitto:		€ 50,00
• Pernottamento:		€
• Viaggio:	• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/>	€ 200,00
	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>	
• Altre spese:		€
Totale spesa presunta		€ 250,00

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

**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)

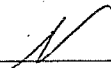
Luogo: _____


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, 26.06.2019Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione
AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott. Andrea Corrias