

Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig.ra Francesca Cherchi

PDTD/2019/1177

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da \_\_\_\_\_ per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

---

Il Direttore della S.S.D 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° 8044 del 27.08.2019, con la quale il Direttore del Dipartimento Internistico Oncologico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Sig.ra Francesca Cherchi;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig. Francesca Cherchi al "13° Congresso Nazionale Mondo del Possibile" che si terrà a Parma dal 16.10.2019 al 18.10.2019, per un importo presunto complessivo di € 797,00 (settecentonovantasette euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Internistico Oncologico- 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 Francesca Cherchi ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;



AO Brotzu

segue determinazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Sig.ra Francesca Cherchi al "13° Congresso Nazionale Mondo del Possibile" che si terrà a Parma dal 16.10.2019 al 18.10.2019.
2. Autorizzare la Sig. Francesca Cherchi a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 797,00 (settecentonovantasette euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Internistico Oncologico - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Sig.ra Francesca Cherchi venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della S.S.D. Formazione  
Dott. Andrea Corrias

Estensore CPSI



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

Richiesta di Aggiornamento Obblig:  
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 FRANCESCA CHERCHI

Struttura di appartenenza S.C. ONCOLOGIA MEDICA

Dipartimento ONCOLOGICO INTERNASTICO

Telefono /cellulare \_\_\_\_\_ e-mail FRANCESCA.CHERCHI@AOB.IT

Qualifica INFERMIERA

**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) Francesca Cherchi

**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): 20/08/19

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

**AO Brotzu - Cagliari**  
**P.O. BUSINCO**  
**S.C. ONCOLOGIA MEDICA**  
**DAY HOSPITAL**  
**DIRETTORE: DOTT. EFISIO DEFRAIA**

[Signature]

**AO Brotzu - Cagliari**

**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO INTERNASTICO**

**Direttore: Dott. Roberto Ganga**

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: CONGRESSO NAZIONALE CAPOSAIA - COORDINATORISede: PARMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>16-10-19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>18-10-19</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>20</u>
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	<del>Congresso</del>	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"> <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 type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input checked="" 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>	€ 205
• Vitto:	€ 112
• Pernottamento:	€ 130
• Viaggio:	€ 250
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese:	€ 100
<b>Totale spesa presunta</b>	€ 797

*\* 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 02/05/2018

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 Non favorevole

Motivazione del parere:

---

---

Data, 04.09.2014

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

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



Emissione 28/01/2018

Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2

Pagina 4 di 4

**7. Esenzione IVA***(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)*

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente CHERCHI FRANCESCA

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: CONGRESSO NAZIONALE CAPODIAIASede: PARMAData: da (gg/mm/aaaa) 16/10/19 a (gg/mm/aaaa) 18/10/19

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.

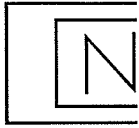
Codice univoco FIEFE2

Data, 20/08/19

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione Andreas

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



Coordinamento Nazionale Caposala – Coordinatori  
Abilitati alle Funzioni Direttive dell'Assistenza Infermieristica  
Master in Management per le Funzioni di Coordinamento  
Sede Nazionale

**13° CONGRESSO NAZIONALE**

# **MONDO del POSSIBILE**

**Generatività e progettualità  
del Coordinatore nell'organizzazione della cura**



Con il Patrocinio  
del Comune di Parma

**Parma 16/17/18 OTTOBRE 2019**

Auditorium Paganini