AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1178 del 19.09.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott.ssa Maria Grazia Orofino.
PDTD/2019/1182

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 19.09.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere **Luisanna Perra**

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° 8361 del 04/09/2019, con la quale il Direttore del Dipartimento pediatrico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dirigente Medico Dott.ssa Maria Grazia Orofino;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione del Dirigente Medico Dott.ssa Maria Grazia Orofino al "Corso di aggiornamento per ispettori esperti di Cellule Staminali Emopoietiche 2019" che si terrà a Firenze dal 26/09/2019 al 27/09/2019, per un importo presunto complessivo di € 148,00 (centoquarantotto euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza medica – Dipartimento Pediatrico - 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 del Dirigente Medico Dott.ssa Maria Grazia Orofino ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

AO Brotzu

segue determinazione n. 1178 del 19.09.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Dirigente Medico Dott.ssa Maria Grazia Orofino al "Corso di aggiornamento per ispettori esperti di Cellule Staminali Emopoietiche 2019" che si terrà a Firenze dal 26/09/2019 al 27/09/2019.
2. Autorizzare il Dott.ssa Maria Grazia Orofino a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 148,00 (centoquarantotto euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza medica – Dipartimento Pediatrico - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dirigente Medico Dott.ssa Maria Grazia Orofino venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

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

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.09.05 12:43:30 +02'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA

Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2019.09.04 16:07:05 +02'00'

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018 Revisione 02/05/2018	Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Fuori sede	MO-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 MARIA GRAZIA ORDEINO

Struttura di appartenenza SSD CTMO LED. P.O MICROCITEMICO

Dipartimento PEDIATRIA E MICROCITEMIA

Telefono /cellulare [redacted] mail mgordeino@tiscali.it

Qualifica RESPONSABILE SS [redacted]

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) Dr Maria grazia Ordeino

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): 26/09/2019

Firma e Timbro (leggibile) Maria Grazia Ordeino
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
C.T.M.O.
7468204 D.ssa Maria Grazia Ordeino

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

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO AGGIORNAMENTO ISPETTORI ESPERTI DI CSE

Sede: FIRENZE CNT

Data:	da (gg/mm/aaaa) 26-09-19	a (gg/mm/aaaa) 27/09/19	Durata dell'attività formativa in ore: N. 14 h.

Tipologia evento

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

Organizzatore: CNT / CNS CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

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

**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:* ☐ *Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)* ☐ *A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA* ☐ *Non prevista*		€
• *Vitto:*		€ 20
• *Pernottamento:*		€ /
• *Viaggio:*	• **Partenza giorno prima* ☒ • **Rientro giorno dopo* ☐	€ 118/00
• *Altre spese:*		€ AUTOBUS 10
Totale spesa presunta		€ 148/00.

**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 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, 03.09.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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

Centro Nazionale Trapianti

Corso di aggiornamento per Ispettori Esperti di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE)
Roma
I edizione 26-27 settembre 2019
II edizione 12-13 novembre 2019

Sede: ***Meyer Health Campus , Via Cosimo il Vecchio 26, 50139 Firenze***

Programma

1° Giorno

10,30 -10,45 Caffè di benvenuto e registrazione dei partecipanti

10,45 – 11,00 Introduzione e finalità del corso
Letizia Lombardini, Simonetta Pupella

11,00 – 11,30 Resoconto attività ispettiva 2018/2019
Maria Pia Mariani, Benedetta Mazzanti

11,30 – 12,00 Resoconto non conformità
Benedetta Mazzanti, Maria Pia Mariani

12,00 – 12,30 Verifica all'unità di raccolta di sangue periferico: punti critici
Simonetta Pupella, Maria Pia Mariani

12,30- 13,00 Discussione

13.00-14.00 **Pausa pranzo**

14,00 – 15,00 Nuovi Criteri d'idoneità donatori CSE
Angelo Ostuni, Elena Vassallo

15,00 – 15,30 Discussione

15,30-16,00 Verifiche CPp e CPm per IBMDR
Francesca Vagnozzi I edizione, Nicoletta Sacchi II edizione

16,00-16,20 Discussione

16,20 – 16,40 Pausa caffè

Provider n. 2224