AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1185 del 19.09.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig.ra Antonella Caria.
PDTD/2019/1265

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° 30/lab del 17/09/2019, con la quale il Direttore del Dipartimento Servizi ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Sig.ra Antonella Caria;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Sig.ra Antonella Caria al Convegno "Comunicare in sanità: migliorare le relazioni per migliorare le Cure" che si terrà a Cagliari dal 04/10/2019 al 05/10/2019, per un importo presunto complessivo di € 183 (centoottantatre 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 della Sig.ra Antonella Caria ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno;

AO Brotzu

segue determinazione n. 1185 del 19.09.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Sig.ra Antonella Caria al Convegno "Comunicare in sanità: migliorare le relazioni per migliorare le Cure" che si terrà a Cagliari dal 04/10/2019 al 05/10/2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € € 183 (centoottantatre euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti della Sig.ra Antonella Caria 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 S.S.D. Formazione
Dott. Andrea Corrias

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.09.19 14:24:39 +02'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2019.09.19 12:52:09 +02'00'

fondo ok

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO Brotzu - Cagliari
P.O. BUSINCO
17 SET. 2019
LABORATORIO ANALISI
Prot. N. 30

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 30

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome ANTONELLA CARIA

Struttura di appartenenza LABORATORIO ANALISI BUSINCO

Dipartimento SERVIZI AOB

Telefono /cellulare **e-mail** antonella.caria@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) Antonella Caria

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

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

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):_____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE
Dott. Giancarlo Angioni

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

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: COMUNICARE IN SANITA' (migliorare le relazioni per migliorare le cure)

Sede: CAGLIARI VIA S. TOMMASO D'AQUINO 20 (SALA KASSIOPEA)

Data:	da (gg/mm/aaaa) 4/10/2018	a (gg/mm/aaaa) 5/10/2018	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 14

Tipologia evento

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

Organizzatore: KASSIOPEA GROUP

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____

Attività ECM? ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 21

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***	€ 183
• ***Vitto:***	€
• ***Pernottamento:***	€
• ***Viaggio:*** • ****Partenza giorno prima*** ☐ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€
• ***Altre spese:***	€
Totale spesa presunta	€ 183,00

* *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

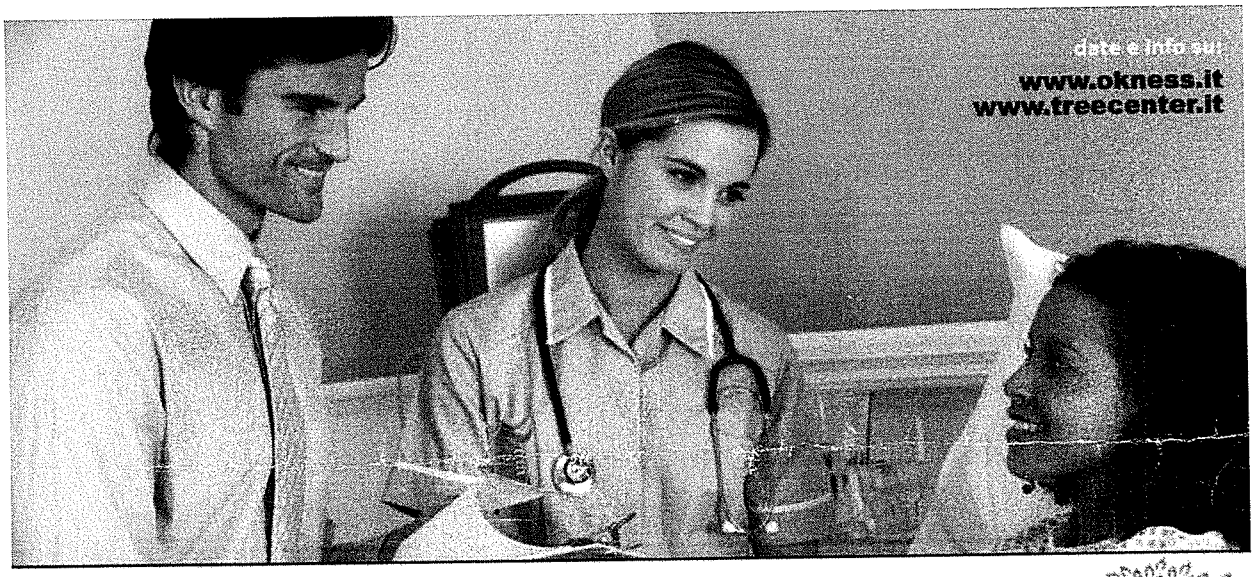
Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

☑ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

Data, 17.9.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____



Comunicare in Sanità

Migliorare le Relazioni per Migliorare le Cure

una produzione

The Tree Center

con il patrocinio di

IRC Italian Resuscitation Council

OBIETTIVO FORMATIVO: aspetti relazionali (la comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione delle cure