AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1201 del 20.09.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Anna Aleo.
PDTD/2019/1279

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 20.09.2019 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° 192 del 10/09/2019, con la quale il Direttore della SC Ematologia e CTMO ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Sig. ra Anna Aleo;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Sig. ra Anna Aleo al "Congresso Nazionale SIE 2019" che si terrà a Roma il 06/10/2019, per un importo presunto complessivo di € 190,00 (centonovanta euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Oncologico Internistico - 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 Anna Aleo ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso;

AO Brotzu

segue determinazione n. 1201 del 20.09.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Sig. ra Anna Aleo al "Congresso Nazionale SIE 2019" che si terrà a Roma il 06/10/2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 190,00 (centonovanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Oncologico Internistico - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti della Sig. ra Anna Aleo venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Congresso.
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: 2019.09.20 11:16:40 +02'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2019.09.20 08:57:07 +02'00'

brodo ok

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 192 DEL 10.09.18

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome ANNA ALEO

Struttura di appartenenza CTMO

Dipartimento INTERNISTICO E ONCOLOGICO

Telefono /cellulare [illegible] **e-mail** aleo.anna@virgilio.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) 12/3/15

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Anna Aleo

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: MANTENIMENTO COMPETENZE SPECIFICHE IN TRAPIANTO DI CSE COME INDICATO DALL'ACCREDITAMENTO SACIE.

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità [illegible]

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
S.O. BUSINCO
U.O. EMATOLOGIA E CTMO
CATTEDRA DI EMATOLOGIA
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI
Prof. Giorgio La Nasa

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO INTERNISTICO
Direttore: Dott. Roberto Ganga

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: 47° CONGRESSO NAZIONALE SIE - SESSIONE INFERMIERISTICA

Sede: ROMA - MARRIOTT PARK HOTEL

Data:	da (gg/mm/aaaa) 06/10/19	a (gg/mm/aaaa) 06/10/2019	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 8

Tipologia evento

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

Organizzatore: SOCIETÀ ITALIANA EMATOLOGIA

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

Attività ECM? ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 4,2

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:***		€ 50,00
• ***Pernottamento:***		€
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☐ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 140,00
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€ 190,00

**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, 12.09.19

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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

7. Esenzione IVA	NON PREVISTA

(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) _____

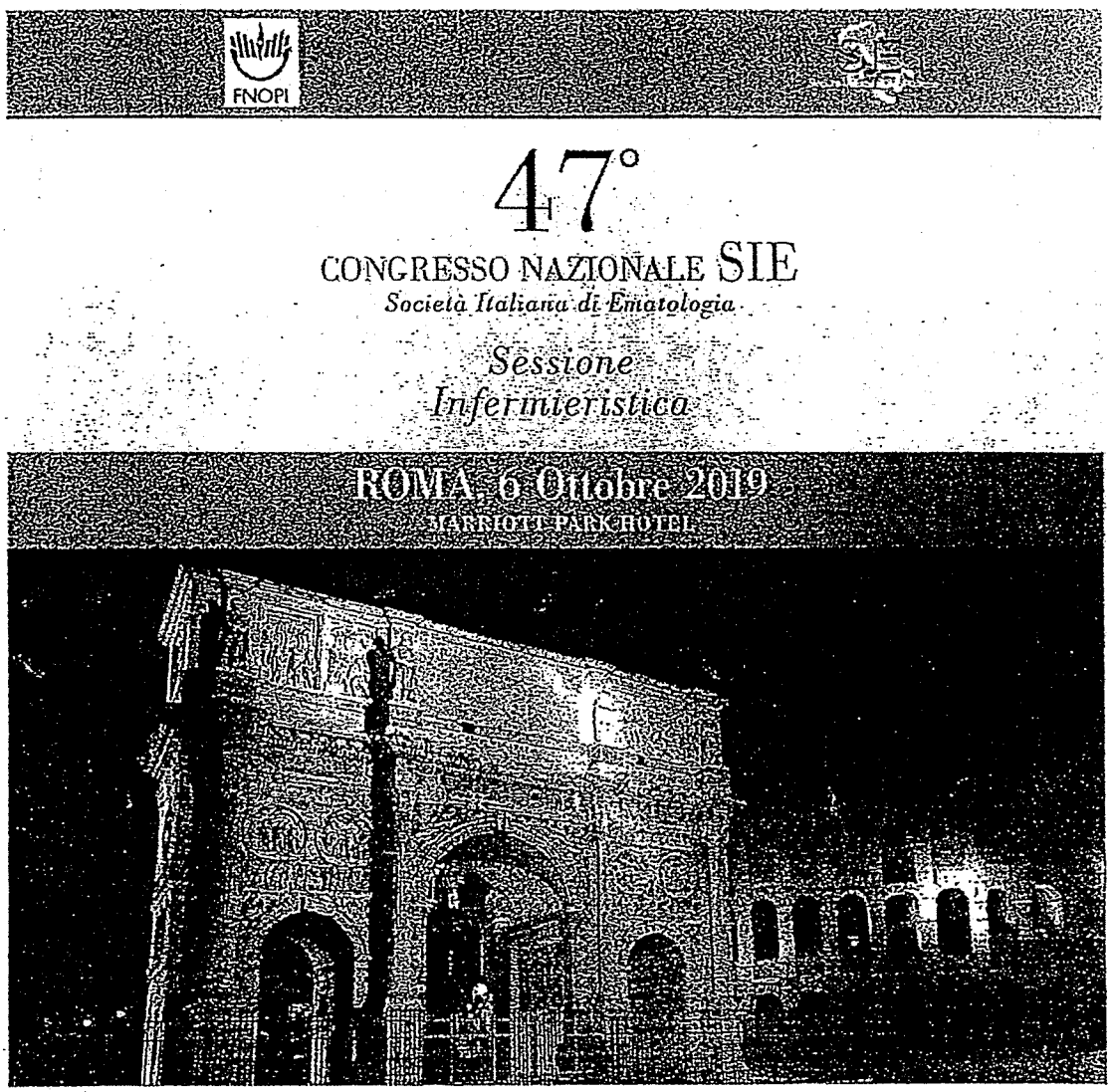
Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

Studio E.R. Congressi



47° CONGRESSO NAZIONALE SIE - SESSIONE INFERMIERISTICA

Marriott Park Hotel

06 Oct 2019

Dettagli personali