



Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1213

del 23.09.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Giuseppina Ciccu.

PDTD/2019/1288

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 23.09.2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

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° 8448 del 06/09/2019, con la quale il Direttore SC Immunoematologia trasfusionale ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Sig. ra Giuseppina Ciccu;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Sig. ra Giuseppina Ciccu al "Congresso SIdEM" che si terrà a Rimini dal 23/10/2019 al 26/10/2019, per un importo presunto complessivo di € 1180,00 (millecentottanta 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 Giuseppina Ciccu ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno;



segue determinazione n. 1213 del 23.09.2019

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Sig. ra Giuseppina Ciccu al Convegno al "Congresso SIdEM" che si terrà a Rimini dal 23/10/2019 al 26/10/2019.
2. Autorizzare la Sig. ra Giuseppina Ciccu a partire il giorno dopo dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1180,00 (millecentottanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti della Sig. ra Giuseppina Ciccu 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



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

Revisione 02/05/2018

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 199**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**Nome e Cognome GIUSEPPINA CICCÙStruttura di appartenenza IMMUNEMATOLOGIA AFERESIDipartimento SERVIZITelefono /cellulare \_\_\_\_\_ e-mail giuseppina.ciccu@aob.it**Area contrattuale:**

- Comparto  
 Dirigenza Sanitaria  
 Dirigenza Medica  
 Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Qualifica  
COORDINATORE INF.Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Nome e cognome del partecipante per assenso \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) Giuseppina Ciccu**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):

AO Brotzu - Cagliari  
DIPARTIMENTO SERVIZI  
Dott. Giacomo Angioni

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
CAGLIARI  
SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE  
AFERESI TERAPEUTICA

**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](mailto:ufficioformazione@aob.it)**AO Brotzu****Sede Ufficio Formazione**

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

[www.aob.it](http://www.aob.it)

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: X ~~X~~ CONGRESSO NAB - SIDER - CORSO AGGIORNAMENTO X INFERT E TEC.Sede: Riberni

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>23-10-19</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>26-10-19</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso <input checked="" type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input checked="" type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> 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>	€ 540,00
• Vitto:	€ 120,00
• Pernottamento:	€ 380,00
• Viaggio:	€ 140,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese:	€
<b>Totale spesa presunta</b>	€ 1180 circa

\* 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 favorevoleMotivazione del parere:  
  

---

---

---

**Firma e Timbro** (leggibile)


Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

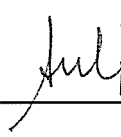
**6. Parere del Responsabile SSD Formazione**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:   

---

---

Data, 17.09.19Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione \_\_\_\_\_  
~~AO Brotzu - Cagliari~~  
**SSD FORMAZIONE**  
Resp.: Dott. Andrea Corrias

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

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente GIUSEPPINA CICALI

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: XXIII CORSO ENFERMIERI  
XIX CONGRESSO NAZIONALE SIE MANIPOLAZ. CELL.  
VIII SIMPOSIUM TERAPIA CELLULARE  
 Sede: Rimini

Data: da (gg/mm/aaaa) 23/10 a (gg/mm/aaaa) 26/10

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.

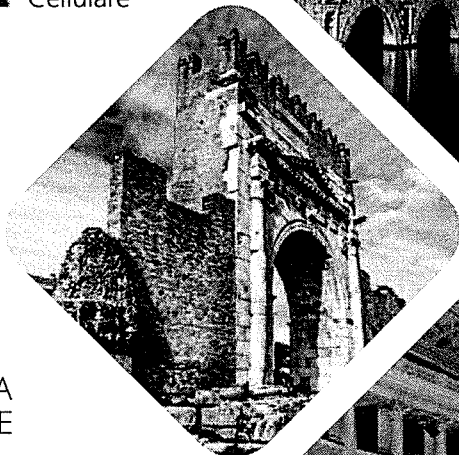
Codice univoco FIEFE2

Data, 20.9.19Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione



**SidEM**

Società Italiana  
di Emaferesi e  
Manipolazione  
Cellulare



PROGRAMMA  
PRELIMINARE



**XIX CONGRESSO  
NAZIONALE**

Società Italiana di Emaferesi  
e Manipolazione Cellulare

**XXIII CORSO  
DI AGGIORNAMENTO**

in Emaferesi per Personale  
Infermieristico e Tecnico

**VIII SIMPOSIO  
DI TERAPIA CELLULARE**

**RIMINI  
23-26  
ottobre  
2019**