



Determinazione Dirigenziale del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1214

del 23.09.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Sig. ra Oriana Pregio.  
PDTD/2019/1289

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 Oriana Pregio;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Sig. ra Oriana Pregio al "Congresso SIdEM" che si terrà a Rimini dal 23/10/2019 al 26/10/2019, per un importo presunto complessivo di € 1260,00 (milleduecentosessanta 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 Oriana Pregio ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Convegno;



AO Brotzu

segue determinazione n. 1214 del 23.09.2019

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Sig. ra Oriana Pregio al Convegno al "Congresso SIdEM" che si terrà a Rimini dal 23/10/2019 al 26/10/2019.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1260,00 (milleduecentosessanta 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 Oriana Pregio 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

Estensore CPSI



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

NP/2019/8450

del 06/09/2019 ore 09,38

Mittente SC Immunematologia e Centro Trast

Assegnatario SSD Formazione

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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede



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 149

**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome ORIANA PREGIO

Struttura di appartenenza IMMUNEMAT. AFERESI

Dipartimento SERVIZI

Telefono /cellulare \_\_\_\_\_ e-mail oriana.pregio@aob.it

Qualifica INFERMIERE

**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) Oriana Pregio

**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. Giuseppe Angioni

Firma e Timbro (leggibile) \_\_\_\_\_  
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile) \_\_\_\_\_  
Il Direttore di Dipartimento

ARIENDA 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: VII CONGRESSO NAZIONALE SIDA/XXIII CORSO AGGIORNAMENTO PER UFFICIALI E TECNICISede: LIANI - PALACONGRESSI

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	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>	€ 540
• Vitto:	€ 140 ~
• Pernottamento:	€ 300 ~
• Viaggio:	€ 300 ~
<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:	€
<b>Totale spesa presunta</b>	€ 1.260 ~

\* 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 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-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, 12.09.19Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione  
AO Brotzu - Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
Resp. Dott. Andrea Corrias

Emissione 28/01/2018  
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-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 ORIADA PREGIO

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: XIII CORSO ENATERESI  
XIX CONGRESSO NAZIONALE SIE MANIPOLAZIONE CELL.  
VIII SIMPOSIO TERAPIA CELL.

Sede: \_\_\_\_\_

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.

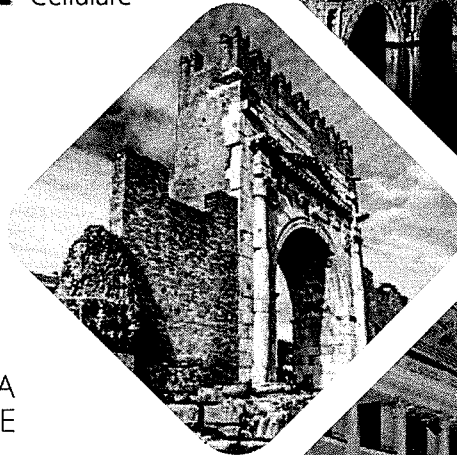
Codice univoco FIEFE2

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**