ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

Determinazione del Direttore della S.S.D Formazione

N. 1815 del 04.11.2020

OGGETTO: Aggiornamento obbligatorio, Collaboratore Amministrativo, Dott.ssa Maria Cristina Moro
PDTD/2020/1879

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 04.11.2020 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere
PERRA LUISANNA

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell' Azienda

SI x NO □

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. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Vista la comunicazione Prot. n° 8537 del 12.10.2020, con la quale il Direttore della S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Maria Cristina Moro;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Cristina Moro all'evento formativo: "Il sistema dei controlli e il controllo di regolarità amministrativo-contabile" che si terrà in modalità e-learning dal giorno 10.12.2020 al giorno 11.12.2020, per un importo presunto complessivo di € 20,00 (venti euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio Comparto - Dipartimento Amministrativo - fondi di struttura 2020, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del dipendente ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo;

ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

segue Determinazione n. 1815 del 04.11.2020

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Cristina Moro all'evento formativo: "Il sistema dei controlli e il controllo di regolarità amministrativo-contabile" che si terrà in modalità e-learning dal giorno 10.12.2020 al giorno 11.12.2020.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 20,00 (venti euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Amministrativo- fondi di struttura 2020, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal dipendente venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo.
4. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

GHIANI CARLA
Firmato digitalmente da GHIANI CARLA
Data: 2020.11.03 13:59:58 +01'00'

Estensore

CPSI Dott.ssa Sandra Bargone

BARGONE SANDRA
Firmato digitalmente da BARGONE SANDRA
Data: 2020.10.28 11:30:47 +01'00'

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 CRISTINA MORO

Struttura di appartenenza CONTABILITÀ, BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE

Dipartimento AMMINISTRATIVO

Telefono /cellulare 070539355 e-mail mariac.moro@aob.it

Qualifica COLLAB. AMM.VO

Area contrattuale:
- [x] Comparto
- [ ] Dirigenza non Medica
- [ ] Dirigenza Medica

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato Data (gg/mm/aaaa) 8/10/2020

Nome e cognome del partecipante per assenso Firma (leggibile) Maria Cristina Moro

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:
- [x] 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): 8/10/2020

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura
Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore Dipartimento Amministrativo
Dott.ssa Donatella Floris

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: IL SISTEMA DEI CONTROLLI E IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVO - CONTA
Sede: E - LEARNING

Sede: _____

Data:	da (gg/mm/aaaa) 10/12/2020	a (gg/mm/aaaa) 11/12/2020	Durata dell'attività formativa in ore: N. 8h

Tipologia evento

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

Organizzatore: SNA SCUOLA NAZIONALE DELL'AMMINISTRAZIONE

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*		€ 20
• *Vitto:*		€ /
• *Pernottamento:*		€ /
• *Viaggio:*	• **Partenza giorno prima* ☐ • **Rientro giorno dopo* ☐	€ /
• *Altre spese:*		€ /
Totale spesa presunta		€ 20
• *Il 20% della spesa è a carico del dipendente*		€

**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*

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente MARIA CRISTINA MORO

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu MARIA CRISTINA MORO,

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: IL SISTEMA DEI CONTROLLI E IL CONTROLLO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVO CONTABILE

Sede: WEBINAR

Data: da (gg/mm/aaaa) 10/12/2020 a (gg/mm/aaaa) 11/12/2020

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, 09/10/2020

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu - Cagliari
FORMAZIONE
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani

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, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____