

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D. Formazione

N. 563

del 09.04.2024

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Infermiere Barbara Puxeddu
PDTD/2024/545

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 09.04.2024 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.C. Affari Generali - Ufficio Delibere

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell'ARNAS G. Brotzu
SI NO

Il Responsabile della S.S.D. Formazione

- Visto** il D. LGS. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la Legge Regionale n. 24 del 11/09/2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Visto** il D. Lgs. 31/03/2023 n. 36;
- Vista** la Deliberazione n. 1811 del 07/08/2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della S.S.D. Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Vista** la Deliberazione n. 72 del 20/01/2023, con la quale è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'ARNAS G. Brotzu;
- Dato Atto** che, al fine di garantire la regolare attività formativa, si rende necessario procedere all'autorizzazione degli aggiornamenti fuori sede come da precedente Organigramma;
- Vista** la comunicazione NP/2024/1815 del 02/04/2024, il Direttore f.f. della S.C. Farmacia, ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento per la Dott. ssa Barbara Puxeddu;
- Visto** il parere favorevole del Direttore di Dipartimento;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott. ssa Barbara Puxeddu all'evento formativo dal titolo: " Exosanita Health Care Innovation passione evoluzione dal 17 al 19 Aprile 2024, in presenza a Bologna, per una spesa complessiva presunta di € 677,25 (seicentoseventasette,25) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;

segue Determinazione n. 563 del 09.04.2024

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Servizi- Fondi di Struttura 2024, del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Barbara Puxeddu all'evento formativo dal titolo: " Expositività Health Care Innovation passione evoluzione dal 17 al 19 Aprile 2024;
2. Autorizzare la Dott.ssa Barbara Puxeddu, per motivi organizzativi, alla partenza il giorno precedente rispetto alla data di inizio dell'evento formativo sopra riportato;
3. Dare atto che la spesa complessiva presunta di € 677,25 (seicentoseventasette,25) ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Servizi- Fondi di Struttura 2024, del quale risulta verificata la copertura finanziaria;
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;
5. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali.

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

Estensore

Fondi Ok



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

SSD FORMAZIONE



MO-DG-FOR-017.0

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
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 _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome BARBARA PUXEDDU

Struttura di appartenenza SC FARMACIA

Dipartimento DIAGNOSTICA AVANZATA E SERVIZI

Telefono /cellulare _____ e-mail _____

Qualifica CPSI

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) _____

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): 28/03/2024

ARNAS G. BROTZU

Firma e Timbro (leggibile) _____

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

AO BROTZU
Piazzale A. Ricchi, 1 - Cagliari
SERVIZIO FARMACIA

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: EXPO SANITÀ

Sede: BOLOGNA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>17/04/2024</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>19/04/2024</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	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"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€	
• Vitto:	€ <u>180,00</u>	
• Pernottamento:	€ <u>390,00</u>	
• Viaggio:	<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	€ <u>77,25</u>
• Altre spese:	€ <u>30,00</u>	
Totale spesa presunta	€ <u>677,25</u>	

* 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.

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
Pagina 3 di 4

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, 03.04.24

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione



Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6
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 _____

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) _____

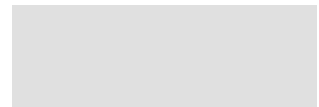
Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla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

Codice univoco FIEFE2

Data, 03.04.24

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione



VISITATORE

ORARIO INGRESSO 9.00 - 18.00



CI STA A CUORE CHI CURA

BOLOGNA
17 • 19 APRILE 2024

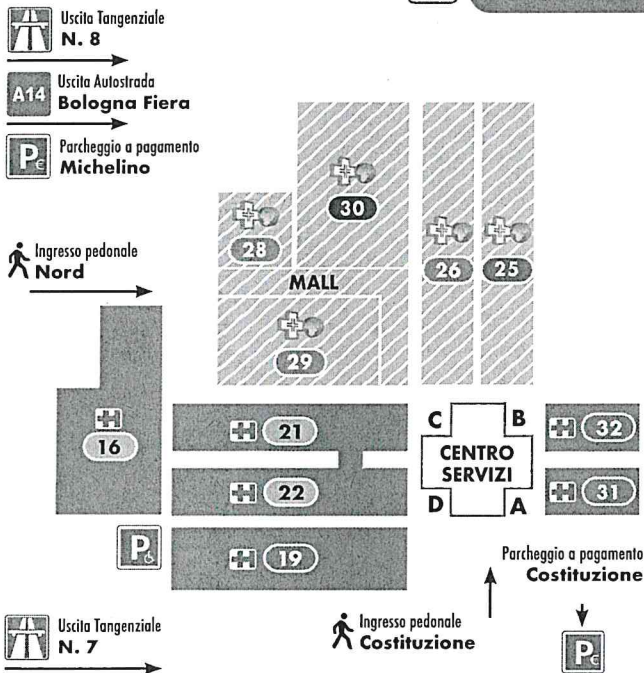
Sponsorizzato da



Il 19 Aprile in contemporanea con



Planimetria



EXPOSANITA'
HEALTH • CARE • INNOVATION

16 HORUS
Disabilità
21 HORUS
Ortopedia
22 HORUS
Riabilitazione

19 31 32
Diagnostica,
Hospital, MIT,
Salute Amica,
Sanità digitale,
Terza età

COSMOFARMA EXHIBITION solo il 19 aprile

25 Dermocosmetico
26 29 MALL
Farmaceutico,
Parafarmaceutico
Sanitario, Integratori,
Alimentazione speciale e
diietetica
28 Aula Magna
30
Servizi per la farmacia
Distribuzione
Contoterzismo
Aggregazioni

visitatori@exposanita.it

VISITATORE

ORARIO INGRESSO 9.00 - 18.00

Barbara

Puxeddu

Arnas G. Brotzu

Omaggio OE 57 - INVITO CLIENTELA DIGITALE
Posto Unico BOLOGNA FIERE BOLOGNA SEM 00082243
Cod. Carta A0124668 Cod. Rid. OE 26/03/2024 11:36:52
Cod. Abb. Pr. Tit. 583776
S.F. 19F51FA6C76B2135 P.I. 02011381205
Cod. Ric. Emissione Sigillo: CW000401 P.I. 03746661200
VIVATICKET (EX BEST UNION COMP)
Bos Srl
Data Limite Validità: 19/04/2024
Prezzo Titolo 0,00 EUR



35849175015425206258

Titolo da conservare per il controllo. Il biglietto è nominativo e non cedibile.



**INGRESSI
E ORARI**
Nord - Costituazione

9.00 - 18.00

**COME
ARRIVARE**

Visita il sito:
www.exposanita.it
e consulta la sezione
Info - Come arrivare



Stampa e piega il tuo biglietto per accedere direttamente in fiera, senza passare dalla biglietteria.

- Il biglietto è nominativo, valido per tutti i giorni di manifestazione
- Il biglietto non è cedibile e presenta un barcode univoco che verrà rilevato all'entrata.

In collaborazione con



Progetto e direzione



www.exposanita.it