



Adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 31 LUG. 2015

OGGETTO: Corso di formazione ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011". Versamento del contributo per l'accreditamento del Progetto Formativo Aziendale.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 03 AGO. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus

Coadiuvato dal

Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario

Dott. Nazzareno Pacifico

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che il 29.06.2015 si è regolarmente svolta la 1° edizione del Corso di formazione ECM Aziendale: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" rivolto a tutti i dipendenti dell'Azienda;

Considerato che i soggetti pubblici riconosciuti come provider, in base a specifiche disposizioni normative (DGR Sardegna 52/94 del 23 dicembre 2011 e nota Assessorato Regionale della Sanità prot. n° 2777/2013) devono versare a favore della Regione Autonoma della Sardegna un contributo per l'accreditamento di ciascun evento formativo entro 90 giorni dalla data di fine erogazione dell'attività formativa;

Acquisito il prospetto (che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale), elaborato dalla Regione Sardegna unitamente all'Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari (AGE.NA.S.) dal quale risulta che il contributo da versare per l'accreditamento del corso in oggetto è pari a € 172,15;

Ritenuto di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 172,15 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accreditamento del corso in oggetto;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di provvedere al pagamento del contributo per l'accreditamento del Corso di formazione ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" dell'importo di € 172,15 (centosettantadue euro 15 centesimi), sul conto di tesoreria n° 0305983, in essere presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Cagliari (Bankit) intestato alla Regione Autonoma della Sardegna (codice fiscale 80002870923).

Autorizzare il Servizio Amministrativo all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 172,15, da imputare sul conto n° 0514031601.

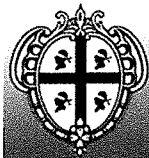
Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 – accreditamento Corso di formazione ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" – Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Nazzareno Pacifico

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione
Resp. Dott. A. Corrias
Resp. Proc. A. Mulas



Regione Sardegna
Organismo Regionale per
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

ANITAMULAS Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Inserisci Contributo

Inserimento del contributo Evento

Ragione Sociale:	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	Id Provider:	4
Evento n°	1193 (RES)	Edizione n°	1
Titolo:	FORMAZIONE SULLA SICUREZZA D.LGS. 81/08 . CORSO BASE DURATA MIN. 4 ORE SECONDO ACCORDO STATO REGIONI 21.12.2011	Riduzione:	SI
Crediti:	9	Partecipanti:	20

Il contributo da versare è di € 172,15
IBAN: girofondo su conto n. 0305983 presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit)
Intestato a: REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Codice ad inizio causale: ECM R09

Modalità di pagamento: Conto Corrente Postale Bonifico Bancario Mandato di pagamento

Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

Ufficio Postale	Sezione	13-02-03	Data Versamento
55/709 14			
Progressivo delle operazioni svolte	0090	€*33,00*	Importo Versato
Progressivo del CC postale	VCY 0263	€*1,00*	Tassa Postale

Sezione : _____

Data Versamento : _____
(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale : _____

Progressivo operazioni svolte : _____

Importo Versato : _____ €

Progressivo CC postale : _____

Tassa postale : _____ €

Salva

Indietro

[Documenti](#) [Normativa](#) [Assistenza](#) [Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)
 via Puglie, 23 - 00187 Roma - SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

