

Deliberazione 2120adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data - 4 DIC. 2015

**Oggetto:** Corso di formazione ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08 e s.m.i. Corso formazione specifica rischio alto - durata min. 12 ore - Accordo Stato Regioni 21.12.2011". Versamento del contributo per l'accREDITAMENTO del Progetto Formativo Aziendale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal - 9 DIC. 2015 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus  
coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata  
Direttore Sanitario Dott. Nazzareno Pacifico

**SU** proposta dell'Ufficio Formazione

**Premesso** che con la Deliberazione n° 1308 del 31.07.2015 è stata autorizzata l'attivazione del PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08 e s.m.i. Corso formazione specifica rischio alto - durata min. 12 ore - Accordo Stato Regioni 21.12.2011", rivolto a tutto il personale 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;

**Preso atto** della conclusione della 1° edizione del suddetto Corso;

**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 € 215,19;

**Ritenuto** di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 215,19 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 PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D.LGS. 81/08 e s.m.i. Corso formazione specifica rischio alto - durata min. 12 ore - Accordo Stato Regioni 21.12.2011", dell'importo di € 215,19 (duecentoquindici euro 19 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 Economico Finanziario all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 215,19, 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 e s.m.i. Corso formazione specifica rischio alto - durata min. 12 ore - Accordo Stato Regioni 21.12/2011" - Provider ID 4".

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

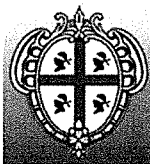
**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Nazzareno Pacifico

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione  
Resp. Dott. A. Corrias  
Ass.te Amm.vo A. Mulas



Regione Sardegna  
Organismo Regionale per  
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

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

ANITAMULAS [Log Out](#)

### Inserimento del contributo Evento

<b>Ragione Sociale:</b>	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	<b>Id Provider:</b>	4
<b>Evento n°</b>	1229 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	FORMAZIONE SULLA SICUREZZA D.LGS. 81/08 E S.M.I. CORSO FORMAZIONE SPECIFICA RISCHIO ALTO - DURATA MIN. 12 ORE - ACCORDO STATO REGIONI 21.12.2011	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	15	<b>Partecipanti:</b>	20

**Il contributo da versare è di € 215,19**  
**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**

**Non è possibile inserire gli estremi del contributo  
se l'evento non è ancora concluso.**

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

#### Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

Sezione		
Ufficio Postale	55709 14	13-02-03 Data Versamento
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 :  €

Iniziativa

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

Powered by Age.Na.S.

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT](mailto:SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

agenas AGENZIA NAZIONALE PER  
I SERVIZI SANITARI REGIONALI