

Deliberazione 1368adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 27 LUG. 2016**Oggetto:** Corso di formazione PFA ECM: "Formazione Psicologica per Dirigenti Medici della Terapia del Dolore". Versamento del contributo per l'accREDITAMENTO del Progetto Formativo Aziendale.Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 28 LUG. 2016 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.ssa Maria Gabriella Nardi

**SU** proposta dell'Ufficio Formazione**Premesso** che dal 25 febbraio al 30 giugno 2016 si è regolarmente svolto il PFA in oggetto, della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Oncologico A. Businco rivolto ai Medici della Terapia del Dolore;**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 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 € 266,83;**Ritenuto** di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 266,83 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 Psicologica per Dirigenti Medici della Terapia del Dolore", dell'importo di € 266,83 (duecentosessantasei euro 83 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 € 266,83, 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 Psicologica per Dirigenti Medici della Terapia del Dolore" - Provider ID 4".

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa Laura Balata

**IL DIRETTORE SANITARIO**

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

**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>	1526 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	FORMAZIONE PSICOLOGICA PER DIRIGENTI MEDICI DELLA TERAPIA DEL DOLORE	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	21	<b>Partecipanti:</b>	6

**Il contributo da versare è di C 266,83**  
**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	55709	Sezione	14	Data Versamento	13-02-03
Progressivo delle operazioni svolte	0090	Importo Versato	€*33,00*		
Progressivo del CC postale	VCY 0263	Tassa Postale	€*1,00*		

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](mailto:SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

agenas. AGENZIA REGIONALE  
CENTRO REGIONALI