

Deliberazione 1635adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 20 SET. 2016

OGGETTO: Corso di formazione EFR ECM: "Cornea Clinic Interactive". Versamento contribuito per l'accREDITAMENTO dell'Evento Formativo Regionale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 21 SET. 2016 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.ssa Maria Gabriella Nardi

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che il 30 giugno 2016 si è regolarmente svolto l'EFR in oggetto rivolto al personale sanitario sia dell'Azienda che esterno;

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 dell'Evento formativo in oggetto;

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;

Ritenuto altresì che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con la chiusura del corso e l'invio ad AGENAS dei dati per la trasmissione dei crediti ECM al Co.Ge.A.P.S.;

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: "Cornea Clinic Interactive", 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 Economico e Finanziario all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 172,15, da imputare sul conto n° 0514031601.

%

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



AO Brotzu



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Segue deliberazione n. 1635 del 20 SET. 2016

Dare atto che il presente atto ha natura indifferibile ed urgente al fine di poter procedere con la chiusura del corso e l'invio ad AGENAS dei dati per la trasmissione dei crediti ECM al Co.Ge.A.P.S.

Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 - accreditamento Corso di formazione EFR ECM: "Cornea Clinic Interactive"- Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

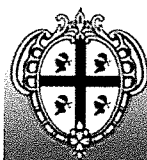
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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

Ragione Sociale:	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	Id Provider:	4
Evento n°	1747 (RES)	Edizione n°	1
Titolo:	CORNEA CLINIC INTERACTIVE	Riduzione:	SI
Crediti:	9	Partecipanti:	60

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	55/709 14	Sezione	13-02-03	Data Versamento
Progressivo delle operazioni svolte	0090	Importo Versato	€*33,00*	
Progressivo dei 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](#)