

Deliberazione 2049Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 16 NOV. 2016

Oggetto: Corso di formazione PFA ECM: "Spect cerebrale con recettore presinaptico dopaminergico (DATSCAN) nei disordini del movimento". Versamento del contributo per l'accREDITAMENTO del Progetto Formativo Aziendale.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 16 NOV. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che dal 04 al 06 ottobre 2016 si è regolarmente svolta la 1° edizione il PFA in oggetto, della S.C. di Medicina Nucleare rivolto ai Medici, Biologi, TSLB, TSRM e Infermieri della S.C. di Medicina Nucleare;

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 € 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 PFA ECM: "Spect cerebrale con recettore presinaptico dopaminergico (DATSCAN) nei disordini del movimento", 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 Finanziario 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: "Spect cerebrale con recettore presinaptico dopaminergico (DATSCAN) nei disordini del movimento" - Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

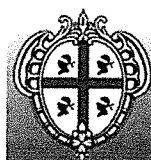
IL DIRETTORE GENERALE

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°	1836 (RES)	Edizione n°	1
Titolo:	SPECT CEREBRALE CON RECETTORE PRESINAPTICO DOPAMINERGICO (DATSCAN) NEI DISORDINI DEL MOVIMENTO	Riduzione:	SI
Crediti:	9	Partecipanti:	6

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

		Sezione		
Ufficio Postale	55/709	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 : _____ €

Salva

Inchiesta

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

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER
ESPONERE SANITARI REGIONALI