



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 19 APR. 2017

OGGETTO: Autorizzazione e Liquidazione PFA ECM: "Update sull'assistenza infermieristica in Oncoematologia Pediatrica". Spesa complessiva € 2.601,10.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 20 APR. 2017 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

Acquisito il Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria;

Atteso che il CCNL vigente predetermina la formazione continua del personale sanitario;

Considerato che l'Azienda, nello specifico la S.C. di Oncoematologia Pediatrica e Patologia della Coagulazione P.O. Microcitemico ha attivato il suddetto corso al fine di aumentare e aggiornare le competenze assistenziali specifiche del personale infermieristico che opera nell'ambito dell'oncoematologia e del TMO in età pediatrica, favorire la crescita e le competenze globali del personale infermieristico impegnato nell'assistenza specialistica a malattie a bassa incidenza;

Considerato altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2016 approvato con Deliberazione n° 2252 del 16.12.2015;

Ritenuto che l'attività formativa è rivolta agli Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti suddivisi in 3 edizioni, è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni in orario di servizio;

Valutato il progetto formativo: "Update sull'assistenza infermieristica in Oncoematologia Pediatrica" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

%



Segue Deliberazione n. 199 del 19 APR. 2017

- Verificato** che il Responsabile Scientifico, con nota Prot. n° 11/17as del 17.01.2017 allegata al presente atto, attesta che i docenti hanno regolarmente svolto le lezioni;
- Verificato** di dover liquidare a favore del Dott. Federico Pellegatta l'importo di € 1.000,00 euro per la docenza, € 357,22 per le spese di viaggio, pernottamento e pasti per un totale di € 1.357,22 (milletrecentocinquantasette euro 22 centesimi da accreditare sul conto IBAN IT 68K050483409000000003441 come da documentazione allegata; a favore della Dott.ssa Anna Bergadano l'importo di € 800,00 euro per la docenza, € 443,88 per le spese di viaggio, pernottamento e pasti per un totale di € 1.243,88 (milleduecentoquarantatre euro 88 centesimi), da accreditare sul conto IBAN IT 95P0760101000000085085561 come da documentazione allegata;
- Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Update sull'assistenza infermieristica in Oncoematologia Pediatrica", rivolto gli Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'Azienda, per un totale 30 partecipanti suddivisi in 3 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta sia da docenti esterni che da docenti interni in orario di servizio.
3. Determinare che la spesa complessiva è di € 2.540,62 (duemilacinquecentoquaranta euro e 62 centesimi) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 2016.
4. Disporre che a favore del Dott. Federico Pellegatta venga liquidato l'importo di € 1.000,00 euro per la docenza, € 357,22 per le spese di viaggio, pernottamento e pasti per un totale di € 1.357,22 (milletrecentocinquantasette euro 22 centesimi da accreditare sul conto IBAN IT 68K050483409000000003441 come da documentazione allegata; a favore della Dott.ssa Anna Bergadano venga liquidato l'importo di € 800,00 euro per la docenza, € 443,88 per le spese di viaggio, pernottamento e pasti per un totale di € 1.243,88 (milleduecentoquarantatre euro 88 centesimi), da accreditare sul conto IBAN IT 95P0760101000000085085561 come da documentazione allegata.

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 799 del 19 APR. 2017

5. Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro presentazione della documentazione.
6. Imputare sul conto aziendale n. A506030204 la spesa complessiva è di € 2.601,10.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus



RICHIESTA:

EVENTO FORMATIVO REGIONALE
PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE

TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO

UPDATE SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

STRUTTURA PROPONENTE

**SC ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA E PATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE-OSPEDALE
MICROCITEMICO**

OBIETTIVI

Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale

CONTENUTI (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

Il paziente pediatrico con patologia ematologica e neoplastica è portatore di bisogni assistenziali particolari che necessitano di un'assistenza altamente specialistica e costantemente aggiornata. Nella realtà isolana, in cui la nostra struttura rappresenta l'unico riferimento per tali patologie, le possibilità per l'equipe infermieristica di aggiornare e verificare le proprie competenze e le modalità operative sono rare. Per questo motivo si propone durante il corso la discussione su questi temi con esperti di riferimento nel campo dell'assistenza e della ricerca in OEP e l'affiancamento nella esecuzione diretta di attività assistenziali specifiche

A) *Acquisizione competenze tecnico-professionali:*

Aggiornare le conoscenze nell'ambito dell'assistenza in oncoematologia pediatrica

B) *Acquisizione competenze di processo:*

Favorire una formazione avanzata che permetta agli infermieri di offrire un'assistenza appropriata in tale ambito.

C) *Acquisizione competenze di sistema:*

Favorire la crescita e le competenze globali del personale infermieristico che assiste pazienti con patologie a bassa prevalenza



TIPOLOGIA DI EVENTO:

A) FORMAZIONE RESIDENZIALE

- Congresso/simposio/convegno/meeting (minimo 4 ore)
 Seminario/tavola rotonda (minimo 4 ore)
 Conferenza (minimo 4 ore)
 Corso (minimo 4 ore)
 Retraining

SEDE DI SVOLGIMENTO

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

SI NO

Se no, sarà possibile individuare la sede del referente dell'Area Formazione.

Se si, indicare l'ubicazione

Struttura _____

SPAZI NECESSARI

(Barrare le caselle di interesse)

- Aula multimediale (max n. 10-20 partecipanti)
 Aula multimediale (max n. 20-60 partecipanti)
 Aula con capienza di n. _____ partecipanti
 Sala conferenza per n. _____ partecipanti
 Altro (specificare) _____

AUSILI DIDATTICI

- LAVAGNA LUMINOSA
 LAVAGNA A FOGLI MOBILI (due)
 PC
 VIDEOPROIETTORE
 ALTRO DA SPECIFICARE _____

EDIZIONI E DATE

Il progetto formativo si svolge in più edizioni?

SI NO

Se **Si**, indicare le date di inizio e fine, se **No**, specificare la data di inizio e fine dell'unica edizione prevista.

Indicare numero massimo dei partecipanti per edizioni.

Sarà in ogni caso possibile richiedere una nuova edizione successivamente.



Edizione numero	Partecipanti per edizione	Data inizio (gg/mm/aaaa)	Data fine (gg/mm/aaaa)
I	10	13.10.2016	13.10.2016
II	10	13.10.2016	13.10.2016
III	10	14.10.2016	14.10.2016

PROFESSIONI

Indicare, tra quelle individuate dal Ministero della Salute, le professioni.

PROFESSIONI SANITARIE

- Farmacista** n. _____
- Ospedaliera** n. _____
- Farmacia Territoriale** n. _____
-
- Medico chirurgo** n. _____
- Angiologia** n. _____
- Cardiologia** n. _____
- Dermatologia e Venereologia** n. _____
- Ematologia** n. _____
- Endocrinologia** n. _____
- Gastroenterologia** n. _____
- Genetica Medica** n. _____
- Geriatrics** n. _____
- Malattie Metaboliche e Diabetologia** n. _____
- Malattie dell' Apparato Respiratorio** n. _____
- Malattie Infettive** n. _____
- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza** n. _____
- Medicina Fisica e Riabilitazione** n. _____
- Medicina Interna** n. _____
- Medicina Termale** n. _____
- Medicina Aeronautica e Spaziale** n. _____
- Medicina dello Sport** n. _____
- Nefrologia** n. _____
- Neonatologia** n. _____
- Neurologia** n. _____
- Neuropsichiatria Infantile** n. _____
- Oncologia** n. _____



- Pediatria* n. _____
- Psichiatria* n. _____
- Radioterapia* n. _____
- Reumatologia* n. _____
- Cardiochirurgia* n. _____
- Chirurgia Generale* n. _____
- Chirurgia Maxillo - Facciale* n. _____
- Chirurgia Pediatrica* n. _____
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva* n. _____
- Chirurgia Toracica* n. _____
- Chirurgia Vascolare* n. _____
- Ginecologia e Ostetricia* n. _____
- Neurochirurgia* n. _____
- Oftalmologia* n. _____
- Ortopedia e Traumatologia* n. _____
- Otorinolaringoiatria* n. _____
- Urologia* n. _____
- Anatomia Patologica* n. _____
- Anestesia e Rianimazione* n. _____
- Biochimica Clinica* n. _____
- Farmacologia e Tossicologia Clinica* n. _____
- Laboratorio di Genetica Medica* n. _____
- Medicina Trasfusionale* n. _____
- Medicina Legale* n. _____
- Medicina Nucleare* n. _____
- Microbiologia e Virologia* n. _____
- Neurofisiopatologia* n. _____
- Neuroradiologia* n. _____
- Patologia Clinica (Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)* n. _____
- Radiodiagnostica* n. _____
- Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica* n. _____
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione* n. _____
- Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro* n. _____
- Medicina Generale (Medici di Famiglia)* n. _____
- Continuità Assistenziale* n. _____
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)* n. _____
- Scienza dell'alimentazione e dietetica* n. _____



- Direzione medica di presidio ospedaliero* n. _____
- Organizzazione dei servizi sanitari di base* n. _____
- Audiologia e Foniatria* n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Privo di Specializzazione* n. _____
- Odontoiatra** n. _____
- Psicologo – Psicoterapeuta** n. _____
- Psicoterapia* n. _____
- Psicologia* n. _____
- Laureati non medici (specificare)**
- _____ n. _____
- _____ n. _____
- _____ n. _____

PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA

- Infermiere* n. 21
- Infermiere pediatrico* n. 9
- Ostetrica/o* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- Podologo* n. _____
- Fisioterapista* n. _____
- Logopedista* n. _____
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia* n. _____
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva* n. _____
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica* n. _____
- Terapista Occupazionale* n. _____
- Educatore Professionale* n. _____

PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE

- Assistente Sanitario* n. _____
- Dietista* n. _____
- Igienista Dentale* n. _____
- Tecnico della prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di lavoro* n. _____

ALTRE PROFESSIONI SANITARIE

- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare* n. _____
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico* n. _____
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica* n. _____
- Tecnico Audiometrista* n. _____
- Tecnico Audioprotesista* n. _____
- Tecnico di Neurofisiopatologia* n. _____
- Tecnico Ortopedico* n. _____



PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE
(indicare esterni)

- ASL n.8
- Strutture private
- Altri enti o amministrazioni pubbliche

DURATA E ARTICOLAZIONE

(Indicare la durata complessiva del progetto formativo con riferimento alle ore effettive di formazione previste dai vari eventi in cui si articola il progetto).

Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 4,5

PROGRAMMA

Si allega file del programma del corso: SI NO

MATERIALE DIDATTICO da consegnare ai partecipanti.
(Barrare le caselle d'interesse)

- Fotocopie di testi
- Slides
- Testi/libri
- Riviste
- Cd
-

Altri

supporti

VALUTAZIONE

MODALITA' DI VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO

- Prova Pratica
 - role playing con griglia
 - prova manuale
- Prova orale
 - strutturata
 - non strutturata
- Prova scritta
 - tema
 - saggio
 - tesina
 - altro

Questionario (da allegare con indicazione delle risposte corrette)

Project Work

**VOCI DI SPESA**

Ai fini della stima dei costi totali, quantificare le seguenti voci di spesa.

Docenza	€ 1800
Pernottamento	€ 440
Pasti	€ 200
Spese di viaggio	€ 700
Altro:	
1. materiale didattico	€
2. costo accreditamento	€
Totale	€ 3140

FONTI DI FINANZIAMENTO

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento:	<u>100%</u>	€
Quote di iscrizione:		€

RESPONSABILE SCIENTIFICO E DOCENTI

Per il Responsabile Scientifico e i Docenti è necessario allegare il curriculum vitae, l'autocertificazione di assenza del conflitto di interessi e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Dati del Responsabile Scientifico:

Il Responsabile Scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica.

Nome	<u>Rosamaria</u>	Cognome	<u>Mura</u>
Qualifica	<u>Dirigente Medico</u>		
Struttura	<u>Oncoematologia Pediatrica e Patologia della Coagulazione Ospedale Microcitemico</u>		
Telefono	<u>0706095686</u>	Cellulare	<u>3204248870</u>
Fax	<u>0706095540</u>	email	<u>rosamaria.mura@aob.it</u>

DOCENTI (dati dei docenti)

Nome	<u>Cinzia</u>	Cognome	<u>Zedda</u>
Telefono	<u>070 5296 7967</u>	Cellulare	
Fax	<u>070 5296 5540</u>	email	<u>cnzia.zedda@aob.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>Anna</u>	Cognome	<u>Borgadano</u>
Telefono		Cellulare	<u>3496004388</u>
Fax		email	<u>anna.bergadano@unito.it</u>
Curriculum			

Nome	<u>Federico</u>	Cognome	<u>Pellegatta</u>
Telefono		Cellulare	<u>3409680537</u>
Fax		email	<u>fedepellegatta@gmail.com</u>
Curriculum			

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Aumentare e aggiornare le competenze assistenziali specifiche del personale infermieristico che opera nell'ambito dell'oncoematologia e del TMO in età pediatrica, favorire la crescita e le competenze globali del personale infermieristico impegnato nell'assistenza specialistica a malattie a bassa incidenza

B) Motivazione della scelta economica.

Congruità con le finalità scientifiche La docente interna Signora Cinzia Zedda svolgerà la docenza in orario di servizio. Per quanto riguarda i docenti esterni si è attribuita una quota per la docenza di 1000 euro alla Dottoressa A. Bergadano e di 800 euro al dottor F. Pelagatta. A tali docenti esterni verranno inoltre rimborsate le spese vive di viaggio e soggiorno.

C) Motivazione della scelta dei docenti:

Si sono considerati i docenti come appartenenti alla fascia B. Questi sono professionisti di riconosciuta esperienza nel campo assistenziale dell'oncoematologia pediatrica nazionale, con esperienza in ambito formativo e di ricerca clinica. La dott. Bergadano è la coordinatrice del Gruppo di Lavoro AIEOP Infermieristico (Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica)

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte. Deve essere firmata, timbrata e presentata all'Ufficio Formazione dal Responsabile del Dipartimento, della Struttura Complessa o della Struttura Semplice Dipartimentale, **60 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto.**

Luogo: CagliariData (gg/mm/aaaa): 26/08/2016**Nome e cognome (in stampatello)****Direttore Generale****Timbro e Firma (leggibile)****Direttore Generale**

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Grazia Pintus

**Nome e cognome (in stampatello)**

**Il Responsabile della struttura organizzativa,
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)**

Timbro e Firma (leggibile)

**Il Responsabile della struttura organizzativa
(Struttura Complessa, Struttura Semplice
Dipartimentale)**

Rosamaria Mura

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
**Servizio di Oncoematologia Pediatrica
e Patologia della Coagulazione**
Tel: 070 5296 5686 - Fax 070 5296 5540
Responsabile: **Dott. Rosamaria Mura**

Nome e cognome (in stampatello)**Il Direttore del Dipartimento****Timbro e Firma (leggibile)****Il Direttore del Dipartimento****Nome e Cognome (In stampatello)****Responsabile Ufficio Formazione****Timbro e firma (leggibile)**

AO Brotzu - Cagliari
P.O. PEDIATRICO MICROCITEMICO "A. CAO"
DIRIGENTE SANITARIO f.f.
Dott. Giuseppe Piras

NOTE:**Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):****1) Progetto;**

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
UFFICIO FORMAZIONE



PFA: "Update sull'assistenza infermieristica in Oncoematologia Pediatrica"

1° Edizione 13 ottobre 2016 ore 08.15 - 13.30

2° Edizione 13 ottobre 2016 ore 14.00 - 19.15

3° Edizione 14 ottobre 2016 ore 08.15 - 13.30

Programma didattico dettagliato

	Inizio	Fine	I Edizione (13.10.16)	Metodologia	Docente	Sostituto
Dettaglio 1	8.15	8.30	Presentazione corso. Contenuti e obiettivi	RTP	C. Zedda	R.Mura
Dettaglio 2	8.30	9.15	L'assistenza in OEP alla luce delle evidenze L'Associazione Italiana di Ematologia e oncologia Pediatrica	RTP	A. Bergadano	F. Pellegatta
Dettaglio 3	9.15	10.45	L'azione assistenziale dell'infermiere nell'ambito emato-oncologico pediatrico	LPG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
	10.45	11.00	Pausa			
Dettaglio 4	11.00	12.15	I principali atti assistenziali dell'infermiere e dell'OSS in emato-oncologia pediatrica	LG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 5	12.15	13.00	La ricerca infermieristica	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 6	13.00	13.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
			II Edizione (13.10.16)			
Dettaglio 1	14.00	14.15	Presentazione corso. Contenuti e obiettivi	RTP	C. Zedda	R.Mura
Dettaglio 2	14.15	15.00	L'assistenza in OEP alla luce delle evidenze L'Associazione Italiana di Ematologia e oncologia Pediatrica	RTP	A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 3	15.00	16.30	L'azione assistenziale dell'infermiere nell'ambito emato-oncologico pediatrico	LPG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
	16.30	16.45	Pausa			
Dettaglio 4	16.45	18.00	I principali atti assistenziali dell'infermiere e dell'OSS in emato-oncologia pediatrica	LG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 5	18.00	18.45	La ricerca infermieristica	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 6	18.45	19.15	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
			III Edizione(14.10.16)			
Dettaglio 1	8.15	8.30	Presentazione corso. Contenuti e obiettivi	RTP	C. Zedda	R.Mura
Dettaglio 2	8.30	9.15	L'assistenza in OEP alla luce delle evidenze L'Associazione Italiana di Ematologia e oncologia Pediatrica	RTP	A. Bergadano	F. Pellegatta
Dettaglio 3	9.15	10.45	L'azione assistenziale dell'infermiere nell'ambito emato-oncologico pediatrico	LPG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
	10.45	11.00	Pausa			
Dettaglio 4	11.00	12.15	I principali atti assistenziali dell'infermiere e dell'OSS in emato-oncologia pediatrica	LG	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 5	12.15	13.00	La ricerca infermieristica	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda
Dettaglio 6	13.00	13.30	Conclusione lavori e verifica apprendimento	RTP	F. Pellegatta A. Bergadano	C. Zedda



AO Brotzu

SC Oncoematologia Pediatrica e
Patologia della Coagulazione



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Prot. Nr. 11/17as

Cagliari 17.01.2017

Al Responsabile
Ufficio Formazione
Dott. Andrea Corrias
AOB

In relazione all'evento formativo: "Update sull'Assistenza Infermieristica in Oncoematologia Pediatrica" si dichiara che il corso si è regolarmente svolto in data 13-14 ottobre 2016 secondo il programma scientifico autorizzato, che i docenti hanno svolto le lezioni secondo programma e che le spese sostenute sono congrue rispetto a quelle autorizzate.

Il Responsabile Scientifico
Dott. R. Mura

Inf. Bergadano Anna
C.F. BRGNNNA84P63H355G
Corso Francia 215, 10098 RIVOLI (TO)

NOTA PER PRESTAZIONI OCCASIONALI

Documento "Fuori campo Iva Art.5 DPR 633 del 26/10/1972"

NOTA n° 1

Sig.ra Bergadano Anna
Residente in Corso Francia 215, 10098 Rivoli (TO)
C.F. BRGNNNA84P63H355G
Nato a Rivoli (TO) il 23/09/84

Spettabile
Azienda Ospedaliera di Brotzu
Piazza A. Ricchi, 09123 Cagliari (CA)

Partecipazione in qualità di docente al corso "**UPDATE professionale per infermieri e OSS del centro AIEOP di Cagliari**", svoltosi nelle giornate del 13 ottobre e 14 ottobre 2016, presso la Biblioteca dell'ospedale pediatrico Antonio Cao di Cagliari (CA) per un totale di 15 ore d'aula.

Compenso lordo	800.00 €
-Ritenuta d'acconto 20%	160.00 €
Compenso netto	640.00 €

Dichiaro sotto la mia responsabilità di non essere soggetto ad IVA per mancanza dei requisiti soggettivi di cui all'art. 5, comma 1, DPR n°633, del 26/10/1972 e successive modifiche.

Monza, li 14.10.2016

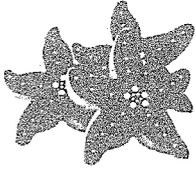
Cagliari.

(Anna Bergadano)

Banca Banco Posta
IBAN IT95P0760101000000085085561

APPORRE MARCA DA BOLLO DA 2 €





**VIAGGI
SUBALPINA**

Collegno li, 06/10/16 N. 08771

S. BERGADANO ANNA Tel. _____

Corso Francia, 225
10093 Collegno (To)
Tel. +39 011.4151366 - +39 011.4160934
Fax +39 011.4026730
E-mail: agenzia@viaggisubalpina.it

Ci preghiamo consegnarVi:

34.96004388

Il presente Rimesso non ha valore di fattura

N.	VEETTORE	N. BIGLIETTO	NOMINATIVO	ITINERARIO	TOTALE
1	AZ	1100566509	Bergadano	TRN/FCO/CAG/FCO/TPN	
Diritti di Agenzia					
					TOTALE <u>273,18</u>
					Acconto
Sigla <u>(M)</u>					Rimaneza <u>bancomat</u>

Cagliari, lì 14.10.2016

Cognome e Nome ANNA BERGADANO

Nato a RIVOLI (TO) II 23/09/1984
Residente in RIVOLI (TO) Corso Fancia 215 CAP 10098
Codice Fiscale BRGNNA84P63H355G
Professione Infermiere Pediatrico

Docente per l'attività formativa: Aggiornamento professionale per Infermieri e OSS del centro AIEOP di Cagliari

NOTA RIMBORSO SPESE

PARTENZA: 12.10.2016

ARRIVO: 14.05.2016

DESCRIZIONE DELLA SPESA			
Trasporto	Aereo Torino Caselle – Cagliari A/R	273,18	€
	Taxi	28,00	€
	Mezzo di trasporto urbano		€
	C) Vitto e Alloggio Pernottamento 2 notti Cagliari	115,20	€
	D) Spese Varie	27,50	€
	B) Spese non documentate Motivo e firma _____		€
	TOTALE	443,88€	

IBAN: IT95P076010100000085085561

INTESTATARIO: Anna Bergadano

Istituto di Credito: Banco Posta

All'Azienda Ospedaliera Brotzu
CAGLIARI

OGGETTO: dichiarazione sul rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della legge 136/2010

Il sottoscritto BERGADANO ANNA nato a RIVOLI -TO-
Il 23.09.84 residente a RIVOLI -TO-
Via CORSO FRANCA 2K CF BRIGNNA84P63H355G
Titolare legale rappresentante della ditta

Ai sensi della legge 136/2010 sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di impegnarsi a rispettare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della legge 136/2010;

che il proprio C/C dedicato, dove dovranno confluire tutti i movimenti finanziari è il seguente:

BANCA POSTA, intestato a BERGADANO ANNA IBAN IT 95 04 60101000000085035561

Che le generalità dei soggetti delegati ad operare sul predetto conto sono le seguenti:

COGNOME _____ NOME _____
CF _____

COGNOME _____ NOME _____
CF _____

Di impegnarsi a comunicare ogni eventuale cambiamento o modifica dell'iban sopra dichiarato;

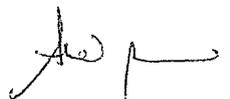
Allega copia del documento di identità.

Distinti saluti

Luogo e data

CAGLIARI,
13.10.16

Timbro e firma



Nota prestazioni n°1

Inf. Pellegatta Federico
C.F. PLLFRC88H13A010K
via Rossini n°5, 20871 Vimercate (MB)

NOTA PER PRESTAZIONI OCCASIONALI

Documento "Fuori campo Iva Art.5 DPR 633 del 26/10/1972"

Sig. Pellegatta Federico
Residente in Via Rossini n°5, 20871 Vimercate (MB)
C.F. PLLFRC88H13A010K
Nato a Abbiategrasso (MI) il 13.06.1988

Spettabile
Azienda Ospedaliera di Brotzu
Piazza A. Ricchi, 09123 Cagliari (CA)

Partecipazione in qualità di docente al corso "**UPDATE professionale per infermieri e OSS del centro AIEOP di Cagliari**", svoltosi nelle giornate del 13 ottobre e 14 ottobre 2016, presso la Biblioteca dell'ospedale pediatrico Antonio Cao di Cagliari (CA) per un totale di 15 ore d'aula.

Compenso lordo	1000.00	€
-Ritenuta d'acconto 20%	200.00	€
Compenso netto	800.00	€

Dichiaro sotto la mia responsabilità di non essere soggetto ad IVA per mancanza dei requisiti soggettivi di cui all'art. 5, comma 1, DPR n°633, del 26/10/1972 e successive modifiche.

Monza, li 14.10.2016

(Federico Pellegatta)

Banca UBI Banca Popolare Commercio & Industria
Filiale Vittuone cod. fil. 34090
IBAN IT68K0504834090000000003441

APPORRE MARCA DA BOLLO DA 2 €





Federico Pellegatta <fedepellegatta@gmail.com>

Conferma viaggio Milano - Cagliari con Alitalia, 12/10/2016 ID BOOKING 841812629

1 messaggio

reservation@it.customer-travel-care.com <reservation@it.customer-travel-care.com>
 A: fedepellegatta@gmail.com

6 ottobre 2016 16:45

[Login](#)

Ciao Federico,

grazie per aver prenotato con noi!

Se hai bisogno di contattarci usa il seguente ID Booking: 841812629

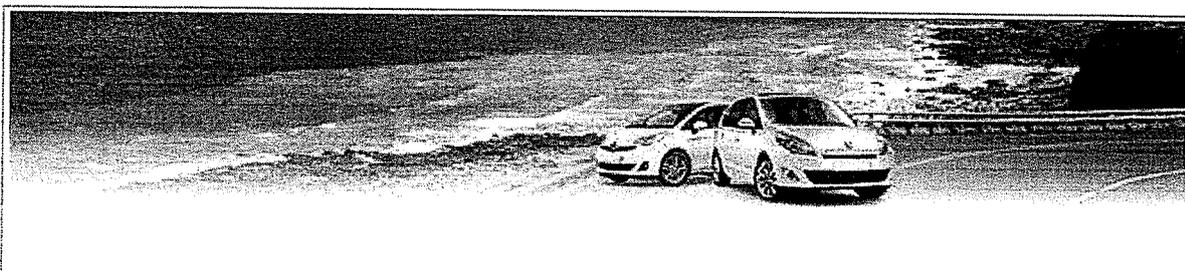
I DETTAGLI DELLA TUA PRENOTAZIONE:

Persona di contatto:	Federico Pellegatta
Tratta aerea:	Milano - Cagliari
Prezzo Totale:	€ 165,72

VIAGGIATORI

	FEDERICO PELLEGGATA
	1 bagaglio da stiva incluso. Clicca qui per maggiori informazioni.
	Per il check-in usa il codice PNR: JN4R75 o in alternativa il codice PNR-CRS: 5KE49I Numero di biglietto elettronico (e-ticket): 0551092341242

RENDI IL TUO VIAGGIO UN'ESPERIENZA UNICA



Hai bisogno di noleggiare un'auto a Cagliari ?

Scopri le nostre offerte

ANDATA	RITORNO
Milano LIN	Cagliari CAG
	LIN Milano
mer 12 ott 2016	ven 14 ott 2016
09:05 Milano Linate - LIN Alitalia - (AZ1568) Economy	14:30 Cagliari Elmas - CAG Alitalia - (AZ1551) Economy
10:30 Cagliari Elmas - CAG	15:50 Milano Linate - LIN
 Aggiungi al tuo calendario	Aggiungi al tuo calendario 

INFORMAZIONI UTILI PER IL TUO VIAGGIO

In caso di check-in in aeroporto si consiglia di presentarsi al banco check-in almeno 2 ore prima della partenza.

Per informazioni più dettagliate su check-in, cambi o bagagli [clicca qui](#) oppure consulta il sito della compagnia aerea.

DOCUMENTI DI VIAGGIO NECESSARI

Ricorda che è necessario viaggiare con un documento di identità valido e tutti i documenti di viaggio e visti richiesti per il tuo viaggio. Per ulteriori dettagli ti preghiamo di visitare: <http://www.iatatravelcentre.com>. Ti consigliamo vivamente di metterti in contatto con l'Ambasciata o il Consolato del Paese che stai per visitare, in modo da rispettare tutti i requisiti d'ingresso più recenti.

TERMINI E CONDIZIONI

Clicca qui per prendere visione delle condizioni di questa compagnia aerea e in particolare tutte le restrizioni associate a questa tariffa.

Se hai bisogno di assistenza [clicca qui](#) oppure chiama il numero **0039 0287367865** (Lun - Dom 24/24 h (l'assistenza dalle 22:00 alle 08:00 sarà in lingua inglese) Numero di rete fissa nazionale, i costi dipendono dal gestore).

Se sei all'estero il nostro numero internazionale raggiungibile da tutto il mondo è **0039 0423 402040** (Lun - Dom, 24h/24 h, 10 €/chiamata iva incl. con carta di credito (Carte accettate: Mastercard, Visa) Se chiami da USA o Canada, digita: 011 39 0423 402040 Se chiami dall'Australia, digita: 0011 39 0423 402040) : [clicca qui](#) per consultare gli orari del servizio.

Servizio Clienti Volagratis

CARTA D'IMBARCO

Copia da consegnare in Aeroporto

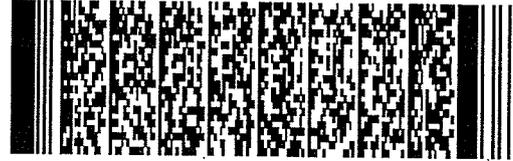


Alitalia



Nome **FEDERICO PELLEGGATA**
Numero biglietto **0551092341242**
Franchigia **PC1**

Sec.nr.: **AZ1568** **044**



Volo	Terminal	Data	Da	A	Partenza	Gate	Imbarco	Classe	Posto
FLIGHT	TERMINAL	DATE	FROM	TO	DEPARTURE	GATE	BOARDING	CLASS	SEAT
AZ1568	12Ott	Milano, Linate		Cagliari, Elmas	09:05		08:30	Y ECONOMY	09E



IMBARCO BAGAGLIO

35 minuti prima per voli nazionali, 60 minuti prima per voli internazionali ed intercontinentali. Con il solo bagaglio a mano puoi recarti direttamente al gate. Se hai bagaglio da registrare rivolgiti al banco drop off in aeroporto.



IMBARCO: 08:30

Verifica Terminal e gate in aeroporto. L'uscita di imbarco chiude 15 minuti prima dell'orario di partenza del volo. Attenzione: dopo la chiusura del volo non sarai accettato a bordo.

✂ Ritagliare prima dell'imbarco

CARTA D'IMBARCO

Copia da conservare in viaggio

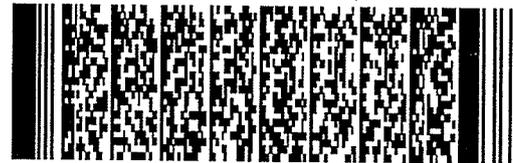


Alitalia



Nome **FEDERICO PELLEGGATA**
Numero biglietto **0551092341242**
Franchigia **PC1**

Sec.nr.: **AZ1568** **044**



Volo	Terminal	Data	Da	A	Partenza	Gate	Imbarco	Classe	Posto
FLIGHT	TERMINAL	DATE	FROM	TO	DEPARTURE	GATE	BOARDING	CLASS	SEAT
AZ1568	12Ott	Milano, Linate		Cagliari, Elmas	09:05		08:30	Y ECONOMY	09E



IL TUO SHOPPING PARTE DA ROMA

Oltre 210 negozi dei migliori brand del "Made in Italy" e del lusso per i tuoi acquisti in aeroporto.

Scopri di più su: www.adr.it



IMPORTANTE

Puoi portare 1 bagaglio a mano del peso massimo di 8kg e che non superi: 55cm di altezza, 35cm di larghezza, 25 cm di spessore (maniglie e rotelle comprese). (Queste informazioni sono valide per i voli operati da Alitalia. Sui voli delle compagnie partner vengono applicate le regole della compagnia che opera il volo) Visita il nostro sito www.alitalia.com per conoscere i limiti di dimensioni, peso, quantità del bagaglio da imbarcare e il tempo di presentazione in aeroporto. Per annullare il check-in vai sulla homepage del nostro sito www.alitalia.com. Alitalia si riserva il diritto di modificare il posto assegnato, in caso di cambio aeromobile o per esigenze tecniche.

CARTA D'IMBARCO

Copia da consegnare in Aeroporto



Alitalia



Nome **FEDERICO PELLEGGATA**
Numero biglietto **0551092341242**
Franchigia **PC1**

Sec.nr.: **AZ1551** **052**



Volo	Terminal	Data	Da	A	Partenza	Gate	Imbarco	Classe	Posto
FLIGHT	TERMINAL	DATE	FROM	TO	DEPARTURE	GATE	BOARDING	CLASS	SEAT
AZ1551	14Ott	Cagliari, Elmas		Milano, Linate	14:30		13:55	Y ECONOMY	12E



IMBARCO BAGAGLIO

35 minuti prima per voli nazionali, 60 minuti prima per voli internazionali ed intercontinentali. Con il solo bagaglio a mano puoi recarti direttamente al gate. Se hai bagaglio da registrare rivolgiti al banco drop off in aeroporto.



IMBARCO: 13:55

Verifica Terminal e gate in aeroporto. L'uscita di imbarco chiude 15 minuti prima dell'orario di partenza del volo. Attenzione: dopo la chiusura del volo non sarai accettato a bordo.

✂ Ritagliare prima dell'imbarco

CARTA D'IMBARCO

Copia da conservare in viaggio



Alitalia



Nome **FEDERICO PELLEGGATA**
Numero biglietto **0551092341242**
Franchigia **PC1**

Sec.nr.: **AZ1551** **052**



Volo	Terminal	Data	Da	A	Partenza	Gate	Imbarco	Classe	Posto
FLIGHT	TERMINAL	DATE	FROM	TO	DEPARTURE	GATE	BOARDING	CLASS	SEAT
AZ1551	14Ott	Cagliari, Elmas		Milano, Linate	14:30		13:55	Y ECONOMY	12E



IL TUO SHOPPING PARTE DA ROMA

Oltre 210 negozi dei migliori brand del "Made in Italy" e del lusso per i tuoi acquisti in aeroporto.

Scopri di più su: www.adr.it



IMPORTANTE

Puoi portare 1 bagaglio a mano del peso massimo di 8kg e che non superi: 55cm di altezza, 35cm di larghezza, 25 cm di spessore (maniglie e rotelle comprese). (Queste informazioni sono valide per i voli operati da Alitalia. Sui voli delle compagnie partner vengono applicate le regole della compagnia che opera il volo) Visita il nostro sito www.alitalia.com per conoscere i limiti di dimensioni, peso, quantità del bagaglio da imbarcare e il tempo di presentazione in aeroporto. Per annullare il check-in vai sulla homepage del nostro sito www.alitalia.com. Alitalia si riserva il diritto di modificare il posto assegnato, in caso di cambio aeromobile o per esigenze tecniche.

All'Azienda Ospedaliera Brotzu
C A G L I A R I

OGGETTO: dichiarazione sul rispetto degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della legge 136/2010

Il sottoscritto PELEGATA FEDERICO nato a ABBIADESSA (LI)

Il 13.03.1988 residente a VIMERCATE (MI)

Via ROSSINI 5 CF PLLFRCPP43A010K

Titolare legale rappresentante della ditta
Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la Donna
- ASI Monza

Ai sensi della legge 136/2010 sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di impegnarsi a rispettare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della legge 136/2010;

che il proprio C/C dedicato, dove dovranno confluire tutti i movimenti finanziari è il seguente:

UBI Banca Popolare Commercio e Industria IBAN IT68050483409000000003441

Che le generalità dei soggetti delegati ad operare sul predetto conto sono le seguenti:

COGNOME _____ NOME _____
CF _____

COGNOME _____ NOME _____
CF _____

Di impegnarsi a comunicare ogni eventuale cambiamento o modifica dell'iban sopra dichiarato;

Allega copia del documento di identità.

Distinti saluti

Luogo e data

Cagliari, 14 ottobre 2016

Timbro e firma

