

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 21 FEB. 2018

**OGGETTO:** Autorizzazione e liquidazione PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011". CIG Z58226AFE8. Spesa complessiva € 3.800,00.

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 FEB. 2018 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 ha attivato il suddetto corso al fine di far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni

**Considerato** altresì che il suddetto corso è compreso nel Piano annuale della Formazione anno 2017 approvato con Deliberazione n° 2324 del 14.12.2016;

**Ritenuto** che l'attività formativa rivolta al personale non ancora formato per un totale di 665 partecipanti suddivisi in 19 edizioni è stata svolta da docenti esterni;

**Valutato** il progetto formativo: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011" che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

**Verificato** che il Responsabile Scientifico, con nota Prot. n° 45/SPP del 18.01.2018 allegata al presente atto, attesta che i docenti hanno regolarmente svolto le lezioni;

%



AO Brotzu

Segue Deliberazione n. 394 del 21 FEB. 2018

**Ritenuto** di dover liquidare a favore della Dott.ssa Natalia Angius la fattura n° 5 del 15.02.2018 di € 1.000,00 per la docenza, al Dott. Andrea Maurizio Sanna l'imposto di € 800,00 per la docenza, al Dott. Daniele Fabbri l'imposto di € 1.400,00 per la docenza, al Dott. Michele Uras l'imposto di € 600,00 per la docenza, come da documentazione allegata;

**Con** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonchè del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

1. di autorizzare il PFA ECM: "Formazione sulla sicurezza D. LGS. 81/08. Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011", rivolto al personale non ancora formato per un totale di 665 partecipanti suddivisi in 19 edizioni.
2. Confermare che l'attività formativa è stata svolta da docenti esterni.
3. Liquidare a favore della Dott.ssa Natalia Angius la fattura n° 5 del 15.02.2018 di € 1.000,00 per la docenza, al Dott. Andrea Maurizio Sanna l'imposto di € 800,00 per la docenza, al Dott. Daniele Fabbri l'imposto di € 1.400,00 per la docenza, al Dott. Michele Uras l'imposto di € 600,00 per la docenza, come da documentazione allegata.
4. Determinare che la spesa complessiva è di € 3.800,00 (tremilaottocento euro) onnicomprensiva, da gravare sui Fondi Aziendali per l'aggiornamento professionale anno 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 di € 3.800,00.

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



Al Sig. Direttore Generale  
Dott.ssa Graziella Pintus

**RICHIESTA:**

**EVENTO FORMATIVO REGIONALE**   
**PROGETTO FORMATIVO AZIENDALE**

**TITOLO DELL'EVENTO/PROGETTO FORMATIVO**

*Formazione sulla sicurezza D.Lgs 81/08  
Corso base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni 21.12.2011*

**STRUTTURA PROPONENTE**

*Servizio Prevenzione e Protezione ed Ufficio Formazione*

**OBIETTIVI**

*Far conoscere la normativa in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, i concetti di rischio le figure coinvolte dal sistema normativo, organi di controllo e sanzioni*

**CONTENUTI** (indicazione e definizione dei contenuti del progetto formativo)

*Il sistema normativo e la sua evoluzione in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, concetti di rischio, danno, prevenzione, protezione, organi di vigilanza, controllo ed assistenza, sistema sanzionatorio e responsabilità civile e penale, approfondimento delle tecniche di comunicazione e dello stress lavoro correlato.*

**A) Acquisizione competenze tecnico-professionali:**

*Acquisizione di conoscenze e competenze specifiche in materia di salute e sicurezza sul lavoro.*

**B) Acquisizione competenze di processo:**

*Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".*

**C) Acquisizione competenze di sistema:**

*Acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Sono rivolti a professionisti ed equipe che intervengono in un determinato "segmento di produzione".*



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 2 a 11

**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 : AULA MAGNA BUSINCO, AULA THUN MICROCITEMICO.

**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  
 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.

| Edizioni numero | Partecipanti per edizione | Data inizio(gg/mm/aaaa) | Data fine (gg/mm/aaaa) |
|-----------------|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1               | 35                        | 14 marzo 2017           | 14 marzo 2017          |
| 2               | 35                        | 14 marzo 2017           | 14 marzo 2017          |
| 3               | 35                        | 22 marzo 2017           | 22 marzo 2017          |
| 4               | 35                        | 28 marzo 2017           | 28 marzo 2017          |
| 5               | 35                        | 29 marzo 2017           | 29 marzo 2017          |
| 6               | 35                        | 4 aprile 2017           | 4 aprile 2017          |
| 7               | 35                        | 19 aprile 2017          | 19 aprile 2017         |
| 8               | 35                        | 10 maggio 2017          | 10 maggio 2017         |
| 9               | 35                        | 16 maggio 2017          | 16 maggio 2017         |
| 10              | 35                        | 17 maggio 2017          | 17 maggio 2017         |
| 11              | 35                        | 24 maggio 2017          | 24 maggio 2017         |
| 12              | 35                        | 6 giugno 2017           | 6 giugno 2017          |
| 13              | 35                        | 6 giugno 2017           | 6 giugno 2017          |
| 14              | 35                        | 7 giugno 2017           | 7 giugno 2017          |
| 15              | 35                        | 7 giugno 2017           | 7 giugno 2017          |
| 16              | 35                        | 20 settembre 2017       | 20 settembre 2017      |
| 17              | 35                        | 27 settembre 2017       | 27 settembre 2017      |
| 18              | 35                        | 4 ottobre 2017          | 4 ottobre 2017         |
| 19              | 35                        | 6 dicembre 2017         | 6 dicembre 2017        |

**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. \_\_\_\_\_

**Azienda Ospedaliera G. Brotzu**

P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

**Ufficio Formazione**

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578

Fax: 070.5296.5594

E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)**Stabilimento Ospedaliero** Pag. 4 di 9**Businco e Cao**

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

Corpo G 1° piano



|   |                 |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> <i>Pediatria</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Psichiatria</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radioterapia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Reumatologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Cardiochirurgia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Generale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Maxillo - Facciale</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Pediatrica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Plastica e Ricostruttiva</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Toracica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Chirurgia Vascolare</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ginecologia e Ostetricia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurochirurgia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Oftalmologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ortopedia e Traumatologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Otorinolaringoiatria</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Urologia</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anatomia Patologica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Anestesia e Rianimazione</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Biochimica Clinica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Farmacologia e Tossicologia Clinica</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio di Genetica Medica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Trasmfusionale</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Legale</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Medicina Nucleare</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Microbiologia e Virologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neurofisiopatologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Neuroradiologia</i>   | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Patologia Clinica ( Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia )</i> | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Radiodiagnostica</i>  | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica</i>                                       | <i>n. _____</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Igiene degli Alimenti e della Nutrizione</i>                                      | <i>n. _____</i> |



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 6 a 11

- 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. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA**
- Infermiere* n. \_\_\_\_\_
- Infermiere pediatrico* n. \_\_\_\_\_
- 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. \_\_\_\_\_
- 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. \_\_\_\_\_
- Dietista n. \_\_\_\_\_
- Igienista Dentale n. \_\_\_\_\_

**TUTTE LE PROFESSIONI** n. **665**

**PROVENIENZA DEL PARTECIPANTE  
(indicare esterni)**

- ASL n. \_\_\_\_\_
- 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).

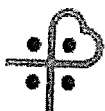
Durata complessiva dell'attività formativa: Ore 4 ore x 19 edizioni . totale 76 ore \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA**

Si allega file del programma del corso: SI X NO

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

- X Fotocopie di testi
- X Slides



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 9 a 12

 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): non si riconferma quello degli anni precedenti Project Work**VOCI DI SPESA**

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

|                         |                                     |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Docenza                 | € 50 X 4 ORE X 19 EDIZIONI = 3800 € |
| Pernottamento           | €                                   |
| Pasti                   | €                                   |
| Spese di viaggio        | €                                   |
| Altro:                  |                                     |
| 1. materiale didattico  | €                                   |
| 2. costo accreditamento | €                                   |
| Totale                  | € 3800                              |

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

Stabilimento Ospedaliero  
Businco e Cao  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 9 a 11

**FONTI DI FINANZIAMENTO**

Indicare la percentuale del finanziamento previsto per le diverse fonti.

Autofinanziamento: \_\_\_\_\_

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>BRUNO GIORGIO FRANCO</u>                              | Cognome   | <u>FACEN</u>             |
| Qualifica | <u>INGEGNERE- DIRIGENTE RUOLO PROFESSIONALE R.S.P.P.</u> |           |                          |
| Struttura | <u>SERVIZIO PREVENZIONE PROTEZIONE</u>                   |           |                          |
| Telefono  | <u>070-539478</u>  | Cellulare | <u>3450203782</u>        |
| Fax       | <u>070-539331</u>  | email     | <u>brunofacen@aob.it</u> |

**DOCENTI (dati dei docenti)**

|            |                |           |                                  |
|------------|----------------|-----------|----------------------------------|
| Nome       | <u>DANIELE</u> | Cognome   | <u>FABBRI</u>                    |
| Telefono   | _____          | Cellulare | <u>3405503320</u>                |
| Fax        | _____          | email     | <u>daniele.fabbri@hotmail.it</u> |
| Curriculum | <u>si</u>      |           |                                  |

|            |                 |           |                                   |
|------------|-----------------|-----------|-----------------------------------|
| Nome       | <u>GABRIELE</u> | Cognome   | <u>MARCIAS</u>                    |
| Telefono   | _____           | Cellulare | <u>3489159682</u>                 |
| Fax        | _____           | email     | <u>gabriele.marcias@libero.it</u> |
| Curriculum | <u>si</u>       |           |                                   |

|            |                |           |                                 |
|------------|----------------|-----------|---------------------------------|
| Nome       | <u>MICHELE</u> | Cognome   | <u>URAS</u>                     |
| Telefono   | _____          | Cellulare | <u>3408052973</u>               |
| Fax        | _____          | email     | <u>michele_uras@hotmail.com</u> |
| Curriculum | <u>si</u>      |           |                                 |

|          |                        |           |                                 |
|----------|------------------------|-----------|---------------------------------|
| Nome     | <u>ANDREA MAURIZIO</u> | Cognome   | <u>SANNA</u>                    |
| Telefono | _____                  | Cellulare | <u>3402833848</u>               |
| Fax      | _____                  | email     | <u>andrea.sanna18@gmail.com</u> |

**Azienda Ospedaliera G. Brotzu**  
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

**Ufficio Formazione**  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

**Stabilimento Ospedaliero**  
**Businco e Cao**  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano



Emissione 28/06/2016

Revisione 06/02/2017

Progetto Formativo Residenziale

MO-DG-FOR-007.0

Pag. 10 a 11

|            |                |           |                                 |
|------------|----------------|-----------|---------------------------------|
| Curriculum | <u>si</u>      |           |                                 |
| Nome       | <u>NATALIA</u> | Cognome   | <u>ANGIUS</u>                   |
| Telefono   |                | Cellulare | <u>3421433641</u>               |
| Fax        |                | email     | <u>angiusnatalia@tiscali.it</u> |
| Curriculum | <u>si</u>      |           |                                 |

**A) Motivazione della scelta scientifica:**

Corso obbligatorio (secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 21.12.2011) in tema di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento agli obblighi dei lavoratori per i rischi presenti nell'attività lavorativa.

**B) Motivazione della scelta economica:**

I compensi professionali (per i docenti esterni € 50 lorde, per ora di docenza) sono stati individuati e determinati tenendo conto del tariffario predisposto dal vademecum regionale ed acquisito dall'Azienda Ospedaliera G. Brotzu.

**C) Motivazione della scelta dei docenti:**

I docenti sono stati individuati sulla base delle competenze professionali specialistiche in grado di offrire ai partecipanti elementi didattici sia teorici che pratici in materia di sicurezza e salute sul lavoro.

**A) Docenti Interni:**

- in orario di servizio   
fuori orario di servizio

**B) Docenti Esterni:**

X



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: \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello)  
Direttore Generale  
Timbro e Firma (leggibile)  
Direttore Generale

Dott.ssa Graziella Pintus  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"  
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott.ssa Graziella Pintus

BRUNO FACEN

Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920  
www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione  
Responsabile: Dott. Andrea Corrias  
Tel. 070.5296.5576  
Tel. 070.5296.5575-5578  
Fax: 070.5296.5594  
E-mail: [ufficioformazione@aob.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)

Stabilimento Ospedaliero  
Businco e Cao  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
Corpo G 1° piano



**Nome e cognome (in stampatello)**  
 Il Responsabile della struttura organizzativa,  
 (Struttura Complessa, Struttura Semplice  
 Dipartimentale)

**IN RESPONSABILE**  
**SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE**  
 Ing. Bruno Facen

**Timbro e Firma (leggibile)**

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

**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)**

ANDREA CORRIAS

AO Brotzu - Cagliari

UFFICIO FORMAZIONE

Resp.: Dott. Andrea Corrias

**NOTE:**

Allegare ed inviare via Mail (Ufficioformazione@aob.it):

- 1) Progetto;
- 2) Questionario con 4 risposte per ogni domanda, indicazione della risposta corretta ed almeno 25 domande;
- 3) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine (datato e firmato in originale);
- 4) Programma ecm

Allegare in formato cartaceo

- 1) Preventivi;
- 2) CV Responsabile Scientifico e CV Docenti, formato europeo di due pagine firmato e datato in originale



PFA: FORMAZIONE SULLA SICUREZZA D.LGS. 81/2008.  
CORSO BASE DURATA MIN. 4 ORE SECONDO ACCORDO STATO REGIONI 21.12.2011  
1° Ediz. 14/03/2017 8.45-13.15

## Programma didattico dettagliato

| Sessione 1  | Inizio              | Fine                |   | Metodologia | Docente                  | Sostituto                                       |
|-------------|---------------------|---------------------|---|-------------|--------------------------|---|
| Dettaglio 1 | 09.00<br>O<br>14.45 | 09.45<br>O<br>15.30 | Normativa sulla sicurezza del lavoro e sua evoluzione. Il D.Lgs. 81/08 e smi. Concetti di rischio, prevenzione e protezione.  | RTP         | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |
| Dettaglio 2 | 09.45<br>O<br>15.30 | 10.45<br>O<br>16.30 | Rischi possibili in azienda e sistemi di contenimento (chimico, biologico, cancerogeno, radiazioni ionizzanti, videoterminale, movimentazione manuale dei carichi).   | RTP         | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |
|             | 10.45<br>O<br>16.30 | 11.00<br>O<br>16.45 | Pausa   |             |                          |   |
| Dettaglio 3 | 11.00<br>O<br>16.45 | 11.45<br>O<br>17.00 | Organizzazione della prevenzione aziendale. Il datore di lavoro, dirigenti, preposti, medico competente, servizio di prevenzione e protezione. Organi di controllo, vigilanza e sorveglianza sanitaria. Le sanzioni | RTP         | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |
| Dettaglio 4 | 11.45<br>O<br>17.00 | 12.15<br>O<br>17.30 | Il Documento di valutazione dei rischi. La riunione periodica. I dispositivi di protezione individuale ed i sistemi di prevenzione e protezione collettivi.   | RTP         | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |
| Dettaglio 5 | 12.15<br>O<br>17.30 | 12.45<br>O<br>18.00 | Confronto/dibattito tra discenti e docente.   | CD          | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |
| Dettaglio 6 | 12.45<br>O<br>18.00 | 13.15<br>O<br>18.30 | Conclusione lavori e verifica apprendimento   | RTP         | Andrea<br>Maurizio Sanna | N. Angius<br>D. Fabbri<br>G. Marcias<br>M. Uras |

| METODI DIDATTICI |   | Ore | Min |
|------------------|---|-----|-----|
| LM               | LEZIONI MAGISTRALI  |     |     |
| RTP              | SERIE DI RELAZIONI SU TEMA PREORDINATO  |     |     |
| TRD              | TAVOLE ROTONDE CON DIBATTITO TRA ESPERTI  | 3   | 30  |
| CD               | CONFRONTO/DIBATTITO TRA PUBBLICO ED ESPERTO/I GUIDATO DA UN CONDUTTORE ("L'ESPERTO RISPONDE")                 |     | 30  |
| DT               | DIMOSTRAZIONI TECNICHE SENZA ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DEI PARTECIPANTI                                     |     |     |
| LG               | PRESENTAZIONE DI PROBLEMI O DI CASI CLINICI IN SEDUTA PLENARIA (NON A PICCOLI A GRUPPI)                       |     |     |
| LPG              | LAVORO A PICCOLI GRUPPI SU PROBLEMI E CASI CLINICI CON PRODUZIONE DI RAPPORTO FINALE DA DISCUTERE CON ESPERTO |     |     |
| ED               | ESECUZIONE DIRETTA DA PARTE DI TUTTI I PARTECIPANTI DI ATTIVITÀ PRATICHE O TECNICHE                           |     |     |
| RP               | ROLE-PLAYING  |     |     |



Prot. 45/SPP del 18.01.2018

Al Direttore Ufficio Formazione  
Dott. Andrea Corrias

OGGETTO: Certificazione insegnamento docenti Corsi integrativi di base sulla Sicurezza.

In qualità di Responsabile Scientifico dei corsi di Formazione sulla Sicurezza dei Lavoratori (integrativi di base da 4 ore) ai sensi del D.Lgs. 81/08, tenutisi in questa Azienda, si attesta che i docenti incaricati hanno regolarmente svolto le lezioni nel corso dell'anno 2017, nel numero di ore e secondo il percorso formativo previsto, come attestato dai registri agli atti depositati presso l'Ufficio Formazione.

Distinti saluti

Il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Ing. Bruno Facen

Sanna

Andrea Maurizio

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Cap 09047, Selargius (CA)

Tel 070941100 Cell [REDACTED]

Cod. Fiscale S [REDACTED]

AO BROTZU

PG/2018/1366

del 18/01/2018 ore 09,53

Mittente SANNA ANDREA MAURIZIO

Assegnatario Ufficio Formazione



All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
Piazzale A. Ricchi, 1  
09134 Cagliari  
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“Formazione sulla sicurezza D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Formazione specifica – Corso Base secondo Accordo Stato Regioni del 21.12.2011”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nelle giornate del:

28 Marzo 2017;

4 Aprile 2017;

7 Giugno 2017;

20 Settembre 2017.

Il totale ammonta a 16 ore.

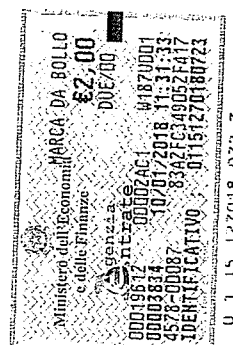
|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| Importo totale..... Euro       | 800,00        |
| Ritenuta acconto 20%..... Euro | 160,00        |
| <b>Totale netto..... Euro</b>  | <b>640,00</b> |

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: IBAN IT53P0347501605CC0010478579 ING Direct

Data, 09/01/2018

Firma





Fabbri Daniele

Nato a [REDACTED]

Il [REDACTED]

Cap [REDACTED]

Cell [REDACTED]

Cod. Fiscale [REDACTED]



All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
Piazzale A. Ricchi, 1  
09134 Cagliari  
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“Formazione sulla sicurezza D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Formazione specifica – Corso Base durata min. 4 ore secondo Accordo Stato Regioni del 21.12.2011”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nelle giornate del:  
7 Marzo 2017; 22 Marzo 2017, 19 Aprile 2017, 16 Maggio 2017, 6 - 7 Giugno 2017, 6 Dicembre 2017;

Il totale ammonta a 28 ore.

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| Importo totale..... Euro       | 1400,00        |
| Ritenuta acconto 20%..... Euro | 280,00         |
| <b>Totale netto..... Euro</b>  | <b>1120,00</b> |

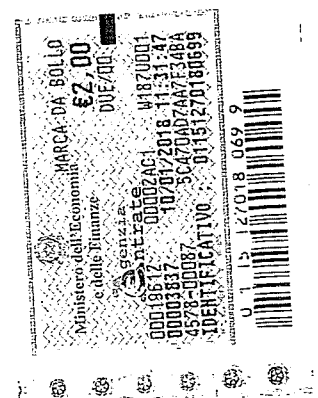
Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: IBAN IT47N0301503200000002802787

Banca: Fineco

Data, 10/01/2018

Firma



Uras  
Michele  
Nato a [redacted]  
Il [redacted]  
Via [redacted]  
Cap [redacted]  
Tel [redacted] Cell [redacted]  
Cod. Fiscale [redacted]

AO BROTZU  
PG/2018/1363 del 18/01/2018 ore 09,51  
Mittente URAS MICHELE  
Assegnatario Ufficio Formazione



All'Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
Piazzale A. Ricchi, 1  
09134 Cagliari  
Partita IVA: 02315520920

Vostro dare per la docenza al Corso di Formazione:

“Corso Base per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro D.Lgs 81/2008 secondo Accordo Stato-Regioni 21 Dicembre 2011”

tenutosi a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera G. Brotzu nei giorni 14 Marzo, 29 Marzo e 24 Maggio 2017.

Il totale ammonta a 12 ore.

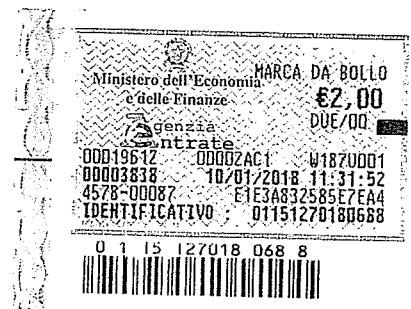
|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| Importo totale..... Euro       | 600,00        |
| Ritenuta acconto 20%..... Euro | 120,00        |
| <b>Totale netto..... Euro</b>  | <b>480,00</b> |

Prestazione didattica, esente IVA ai sensi dei combinati disposti di cui all'art. 10 DPR 633/72 e art. 14 comma 10 Legge 537/1993.

Coordinate bancarie: **IT65H0347501605CC0011070760** ING Direct

Data, 10/01/2018

Firma *Uras*



# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA12

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: IT01879020517  
Progressivo di invio: 0004019662  
Formato Trasmissione: FPA12  
Codice Amministrazione destinataria: FIEFE2

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT01206430959  
Codice fiscale: NGSNTL76L61I452G  
Denominazione: Natalia Angius  
Regime fiscale: RF01 (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: Via Nazionale 23  
CAP: 09023  
Comune: Monastir  
Provincia: CA  
Nazione: IT

### Recapiti

Telefono: 3421433641  
E-mail: angiusnatalia@fiscali.it

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: 02315520920  
Denominazione: Azienda Ospedaliera Brotzu - AOB - Servizio Economico Finanziario

### Dati della sede

Indirizzo: Piazzale A. Ricchi n.1  
CAP: 09134  
Comune: Cagliari  
Provincia: CA  
Nazione: IT

## Dati del terzo intermediario soggetto emittente

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT01879020517  
Denominazione: Aruba Pec S.p.A.

## Soggetto emittente la fattura

Soggetto emittente: TZ (terzo)

Versione prodotta con foglio di stile SdI [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

## Dati generali del documento

Tipologia documento: TD06 (parcella)  
Valuta importi: EUR  
Data documento: 2018-02-15 (15 Febbraio 2018)  
Numero documento: FATTPA 5\_18  
Importo totale documento: 1000.00

### Ritenuta

Tipologia ritenuta: RT01 (ritenuta persone fisiche)  
Importo ritenuta: 163.93  
Aliquota ritenuta (%): 20.00  
Causale di pagamento: A (decodifica come da modello 770S)

### Cassa previdenziale

Tipologia cassa previdenziale: TC22 (INPS)  
Aliquota contributo cassa (%): 4.00  
Importo contributo cassa: 31.53  
Imponibile previdenziale: 788.14  
Aliquota IVA applicata: 22.00  
Contributo cassa soggetto a ritenuta: SI

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

**Nr. linea: 1**

### Codifica articolo

Tipo: Codice fornitore  
Valore: ON  
Descrizione bene/servizio: **Onorario relativo alle docenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro per i corsi di formazione per lavoratori (BASE) tenuti nei gg 14/03, 17/05, 6/06, 27/09, 4/10 2017**  
Quantità: 20.00000000  
Unità di misura: NR  
Valore unitario: 39.40700000  
Valore totale: 788.14000000  
IVA (%): 22.00  
Soggetta a ritenuta: SI

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): 22.00  
Totale imponibile/importo: 819.67  
Totale imposta: 180.33  
Esigibilità IVA: S (scissione dei pagamenti)  
Riferimento normativo: Scissione dei pagamenti art. 17 TER DPR 633/72 e successive modifiche

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: TP02 (pagamento completo)

### Dettaglio pagamento

Modalità: MP05 (bonifico)  
Importo: 655.74  
Codice pagamento: B