

Determinazione del Responsabile Ufficio Formazione n° 828 del 17.04.2018

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Dott. ssa Lidia Farci.

PDTD/2018/914

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 17.04.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile dell'Ufficio Formazione

- Visto** il D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Viste** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 05/2007;
- Vista** la Deliberazione n. 263 del 04.03.2015, con la quale il Commissario Straordinario ha autorizzato il Responsabile dell'Ufficio Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 9291 del 13.04.2018, con la quale il Direttore della S.C. di Anestesia e Rianimazione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiera Dott. ssa Lidia Farci;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiera Dott. ssa Lidia Farci alla frequenza presso la Rianimazione del P.O. San Giovanni Bosco di Torino dal 20.05.2018 al 25.05.2018, per un importo presunto complessivo di € 1180,00 (millecentottanta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Emergenza - fondi anno 2017, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura dell'Infermiera Dott. ssa Lidia Farci ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione;

Segue determinazione n. 828 del 17.04.2018

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiera Dott. ssa Lidia Farci alla frequenza presso la Rianimazione del P.O. San Giovanni Bosco di Torino dal 20.05.2018 al 25.05.2018.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1180,00 (millecentoottanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Emergenza - fondi anno 2017, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiera Dott. ssa Lidia Farci venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione.
4. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. del Personale per i conseguenti adempimenti.

Il Responsabile dell'Ufficio Formazione
Dott. Andrea Corrias



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

PG/2018/9291

del 13/04/2018 ore 09,48

Mittente : FARCI LIDIA

Assegnatario : SSD Formazione

Emissione 28/01/2018

Revisione 21/03/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatoric
Fuori sede



LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome

LIDIA FARCI

Struttura di appartenenza

RIANIMAZIONE

Dipartimento

DEA

Telefono /cellulare

3403935913

e-mail

lidia.farci@aob.it

Qualifica

INFERMERA

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza non Medica

Dirigenza Medica

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 11/02/2008

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Lidia Farci

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile)

Del Coordinatore per il comparto sanità

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
S.C. RIANIMAZIONE E
STRUTTURA COMPLESSA RIANIMAZIONE E

Fondo:

fondo di struttura

fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)

fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.

Dot. Maria Emilia Marcello

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. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.1

Revisione 21/03/2018

Fuori sede

Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativaTitolo: FREQUENZA PER 5 GIORNI DEL REPARTO DI "MANIPAZIONE" OSPEDALE "SAN GIOVANNI BOSCO" TORINOSede: "SAN GIOVANNI BOSCO" TORINO

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>20/05/2018</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>25/05/2018</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso	<input type="checkbox"/> corso teorico/pratico	<input type="checkbox"/> Congresso	<input type="checkbox"/> Convegno
	<input type="checkbox"/> Seminario	<input checked="" type="checkbox"/> frequenza in altra struttura	
Organizzatore:			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____

Attività ECM? Sì No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No*Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.**4. Preventivo di spesa**

Ipotesi di spesa totale:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input type="checkbox"/> Non prevista 	€
• Vitto: <u>300,00</u>	€ <u>300,00</u>
• Pernottamento: <u>500,00</u>	€ <u>500,00</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Viaggio: <u>300,00 (AEREO)</u> <ul style="list-style-type: none"> • *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> • *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	€ <u>300,00</u>
• Altre spese: <u>80,00 (TRENDO - AUTOBUS)</u>	€ <u>80,00</u>
Totale spesa presunta	€ <u>1,180,00</u>

* il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.

ATTENZIONE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale

Emissione 28/01/2018
Revisione 21/03/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.1
Pagina 3 di 4**5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale***(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)* Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

Data, 16.4.18Firma e Timbro (leggibile)
Il Responsabile Formazione

AO Brotzu - Cagliari
UFFICIO FORMAZIONE
Resp. Dott. Andrea Corrias

**7. Esenzione IVA**

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente _____

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu

_____ è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Titolo: _____

Sede: _____

Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Responsabile Formazione _____

Al responsabile Ufficio Formazione
Dott. A. corrias

Oggetto: richiesta aggiornamento obbligatorio I.P. Farci Lidia

Richiedo un periodo formativo, dal 20 al 25 maggio 2018, presso la Rianimazione P.O. San Giovanni Bosco di Torino diretta dal dott. S. Livigni, per approfondire il tema della Rianimazione Aperta in funzione del progetto da noi già avviato di apertura e di umanizzazione delle cure.

Distinti Saluti


Dott.ssa M.E. Marcello
AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE
S.C. RIANIMAZIONE
DIRETTORE F.F.
Dott. Maria Emilia Marcello

Ca.,12/04/2018

pg 1