

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1796 del 28.09.2018
Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. ssa Simonetta

Accossu.

PDTD/2018/1866

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 28.09.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile della SSD 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 Direttore della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 22575 del 18.09.2018, con la quale il Direttore del Dipartimento Servizi ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dirigente Medico Dott.ssa Simonetta Accossu;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dirigente Medico Dott.ssa Simonetta Accossu al Corso " V Corso per i referenti SISTRA" che si terrà a Roma dal 09.10.2018 al 09.10.2018, per un importo presunto complessivo di € 250,00 (duecentocinquanta euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dirigente Medico Dott.ssa Simonetta Accossu ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

Segue determinazione n. 1796 del 28.09.2018.

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione Dirigente Medico Dott.ssa Simonetta Accossu al Corso " V Corso per i referenti SISTRA" che si terrà a Roma dal 09.10.2018 al 09.10.2018.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 250,00 (duecentocinquanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio della Dirigenza Medica – Dipartimento Servizi - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dirigente Medico Dott.ssa Simonetta Accossu venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
4. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

AO BROTZU

PG/2018/22575

del 18/09/2018 ore 12,49

Mittente ACCOSSU SIMONETTA

Assegnatario SSD Formazione

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obblighi
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

SIMONETTA ACCOSSU

Struttura di appartenenza

IMMUNOEMATOLOGIA e CENTRO TRAPIANTO

Dipartimento

SERVIZI

Telefono /cellulare

e-mail

simonetta.acossu@gmail.com

Qualifica

Dirigente Medico

Area contrattuale:

 Comparto Dirigenza Sanitaria Dirigenza Medica Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 13/09/18

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

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 _____

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):

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angioni

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
CAGLIARI
SERV. IMMUNOTRASFUSIONALE
DIRETTORE: Dott. MARIO PANIAzienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.itUfficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.itAO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 2 di 4**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE PER I REFERENTI SUTRASede: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' - ROMA

| | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|--|
| Data: | da (gg/mm/aaaa) <u>09/10/18</u> | a (gg/mm/aaaa) <u>09/10/18</u> | Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>8</u> |
| Tipologia evento | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario 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 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 checked="" type="checkbox"/> Non prevista | € |
| • Vitto: | € <u>50,00</u> |
| • Pernottamento: | € <u>/</u> |
| • Viaggio: | € <u>200,00</u> |
| <ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> | |
| • Altre spese: | € <u>/</u> |
| Totale spesa presunta | € <u>250,00</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 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2
Pagina 3 di 4

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

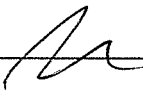
6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:



Data, 21.9.2018

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione Judica Brotzu

**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 Direttore SSD Formazione _____