



AO Brotzu

**Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1797 del 28.09.2018**

**Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Ugo Storelli**

PDTD/2018/1861

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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;
- Vista** la comunicazione Prot. n° 7689 del 10/09/2018, con la quale il Direttore Sanitario AOB ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Ugo Storelli;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Ugo Storelli all'evento: "8° International Meeting On Transplantation From Dcd " che si è tenuto a Milano dal 13/09/2018 al 14/09/2018, per un importo presunto complessivo di €500,00 (cinquecento euro) come da documentazione allegata per farne parte integrale e sostanziale;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo trapianti 2017 di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dott. Ugo Storelli ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Meeting;



**AO Brotzu**

Segue determinazione n. 1797 del 28.09.2018

## **D E T E R M I N A**

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Ugo Storelli all'evento: "8° International Meeting On Transplantation From Dcd " che si è tenuto a Milano dal 13/09/2018 al 14/09/2018.
2. Autorizzare Dott. Ugo Storelli a partire il giorno precedente all'inizio del Corso per motivi organizzativi;
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € €500,00 (cinquecento euro) ricadrà sul Fondo trapianti 2017 di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dott. Ugo Storelli venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Meeting.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

CPSI  
Dott.ssa Sandra Bargone

Il Direttore della SSD Formazione  
Dott. Andrea Corrias

Emissione 28/01/2018  
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2  
Pagina 1 di 4

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 NP 7689**1. Si richiede di autorizzare il dipendente**

Nome e Cognome

UGO STORELLI

Struttura di appartenenza

DIREZIONE SANITARIA

Dipartimento

C. TRAPIANTI

Telefono /cellulare

ugostorelli@tiscali.it

Qualifica

COORD. OSP. CO TRAPIANTI

Area contrattuale:

- Comparto  
 Dirigenza Sanitaria  
 Dirigenza Medica  
 Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminatoData (gg/mm/aaaa) 10/09/18

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Ugo Storelli**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)

Fondo Coordinamento TrapiantiData (gg/mm/aaaa): 10/9/18

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni



Emissione 28/01/2018

Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2

Pagina 2 di 4

**3. Dati dell'attività formativa**Titolo: 8<sup>th</sup> International Meeting on Transplantation from ACOSede: MILANO

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>13/9/18</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>14/9/18</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>19</u>
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	Congresso	Convegno <input checked="" type="checkbox"/> Seminario
frequenza in altra struttura			
Organizzatore: <u>CONTRÒ TX NIGUARDA - REGIONE LOMBARDA</u>			

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

Attività ECM?  Si |  No

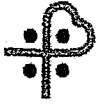
Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati: \_\_\_\_\_

Allega\* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:  Si |  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"> <li>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li><input type="checkbox"/> Non prevista</li> </ul> </li> </ul>		€
• Vitto:		€ <u>40,00</u>
• Pernottamento:		€ <u>295,44</u>
• Viaggio:	• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ <u>144,03</u>
	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>	
• Altre spese:		€ <u>51,00</u>
<b>Totale spesa presunta</b>		€ <u>500,47</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 originaleAzienda 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.it](mailto:ufficioformazione@aob.it)AO Brotzu  
Sede Ufficio Formazione  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://www.aob.it)



Emissione 28/01/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio

MO-DG-FOR-017.2

Revisione 02/05/2018

Fuori sede

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:

*Il programma di formazione a cuore fermo rappresenta un'attività che la Direzione Aziendale intende perseguire, previa attenta valutazione.*

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo:

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vittorio Arzeni

Data (gg/mm/aaaa):

10/09/18

**6. Parere del Responsabile SSD Formazione**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevole

Motivazione del parere:

Data, \_\_\_\_\_

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

**AO Brotzu - Cagliari**  
**SSD FORMAZIONE**  
 Resp.: Dott. Andrea Corrias



Emissione 28/01/2018

Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.2

Pagina 4 di 4

**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 \_\_\_\_\_