AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 1885 **del** 12.10.2018

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere, Dott.ssa Rita Massidda.

PDTD/2018/1959

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 12.10.2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Luisanna Perra

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° 22701 del 19.09.2018, con la quale il Direttore S.C. Struttura delle Professioni Infermieristiche ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore dell' Infermiere Dott.ssa Rita Massidda;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Dott.ssa Rita Massidda al Corso "XII PICC DAY" che si terrà a Bologna dal 03.12.2018 al 05.12.2018, per un importo presunto complessivo di € 920,00 (novecentoventi 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 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 dell'Infermiere Dott.ssa Rita Massidda ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 1885 del 12.10.2018

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione dell'Infermiere Dott.ssa Rita Massidda al Corso "XII PICC DAY" che si terrà a Bologna dal 03.12.2018 al 05.12.2018.
2. Autorizzare la Dott.ssa Rita Massidda a partire il giorno precedente all'inizio del Corso e a rientrare il giorno successivo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 920,00 (novecentoventi euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Emergenza - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dall'Infermiere Dott.ssa Rita Massidda venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso.
5. Trasmettere la presente determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Direttore della SSD Formazione
Dott. Andrea Corrias

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA
Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2018.10.10 11:30:31 +02'00'

CORRIAS ANDREA
Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2018.10.10 11:36:28 +02'00'

AO BROTZU
PG/2018/22701 del 19/09/2018 ore 08,40
Mittente MASSIDDA RITA
Assegnatario SSD Formazione

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligato
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 RITA MASSIDDA

Struttura di appartenenza Struttura delle Professioni infermieristiche/ostetriche

Dipartimento DEA / Direzione sanitaria

Telefono /cellulare [redacted] **e-mail** ritamassidda@gmail.com

Qualifica Infermiere

Area contrattuale:
- ☑ Comparto
- ☐ Dirigenza Sanitaria
- ☐ Dirigenza Medica
- ☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 2/2/88

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) RITA MASSIDDA

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 da allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

_____

Data (gg/mm/aaaa):_____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

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

AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU
Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche
Dr.ssa Bruna Dettori

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA
IL DIRETTORE
Dott. Giuseppe Dessì

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: XII PICC DAY DEDICATO AGLI ACCESSI VASCOLARI ADULTO/PEDIATRICO

Sede: (BOLOGNA) PALAZZO delle culture e dei congressi

Data:	da (gg/mm/aaaa) 3/12/18	a (gg/mm/aaaa) 5/12/18	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 8

Tipologia evento

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

Organizzatore: GAVECELT (GRUPPO aperto di studio Accessi vascolari)

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:

• ***Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:*** ☐ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)*** ☒ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA*** ☐ ***Non prevista***		€ 300,00
• ***Vitto:***		€ 120,00
• ***Pernottamento:***		€ 250
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☒ • ****Rientro giorno dopo*** ☒	€ 250
• ***Altre spese:***		€ /
Totale spesa presunta		€ 920,00 €

****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*

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, 5.10.2018

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

AO Brotzu - Cagliari
SSD 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 MASSIDDA LUA

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: ACCESSI VASCOLARI VENOSI CAL periferici Adulti e pediatrici

Sede: Bologna

Data: da (gg/mm/aaaa) 3/12/18 a (gg/mm/aaaa) 5/12/18

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 _____

E DEL XII PICC DAY
Palazzo della Cultura e dei Congressi
Piazza della Costituzione 4 - Bologna

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Millennium Events srl
via Konrad Adenauer 18,
00061 Anguillara Sabazia, Roma
tel. 06 - 01902533 fax 06 - 3221853
info@millenniumevents.it

ISCRIZIONI
La iscrizione al PICC Day e ai corsi precongressuali va effettuata mediante la apposita scheda di iscrizione, ottenibile tramite la Segreteria Organizzativa e/o tramite il sito www.gavecelt.info .

PRENOTAZIONI ALBERGHIERE
Per prenotazioni alberghiere in hotel vicini alla sede congressuale, contattare la Segreteria Organizzativa info@millenniumevents.it.

CALL FOR ABSTRACTS
Sono previsti quest'anno due tipi di abstracts: (a) esperienze di PICC team in ospedale e sul territorio, e (b) innovazioni tecniche e studi clinici sui PICC e i midline. Tra gli abstract pervenuti, tra quelli di tipo (a) verranno selezionati contributi da presentare in una tavola rotonda dedicata alle problematiche dei PICC Team; gli abstract tipo (b) saranno presentati come poster e discussi nella sessione dedicata.
Inviare abstract così strutturati:

formato carattere: arial 12; lunghezza: max 600 parole; titolo (tutto maiuscolo), nome e cognome degli Autori, istituzione o centro clinico, testo dell'abstract (introduzione / metodo / risultati / commento).

Inviare gli abstract entro il 3 novembre 2018, esclusivamente tramite email, a Mauro Pittiruti (mauropittiruti@me.com)

Convegno organizzato dal

GAVeCeLT

Gruppo Aperto di Studio
'Gli Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine'
www.gavecelt.info

GAVeCeLT
Gruppo Aperto Venosi Centrali a Lungo Termine

Coordinamento Scientifico
Sergio Bertoglio
Mauro Pittiruti

Segreteria Scientifica
Lucia Cipolat
Antonio LaGreca
Elena Piancastelli
Giancarlo Scoppettuolo

Segreteria Organizzativa
Millennium Events s.r.l.
info@millenniumevents.it