AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 43 del 08.01.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Fisioterapista, Dott.ssa Francesca Cucca.

PDTD/2019/24

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 08.01.2019 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° 65 del 24.12.2018, con la quale il Direttore S.C. Neuroriabilitazione ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Fisioterapista Dott.ssa Francesca Cucca;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Fisioterapista Dott.ssa Francesca Cucca al Corso "Riabilitazione Neurocognitiva" che si è tenuto a Sassari dal 16.04.2018 al 20.04.2018, per un importo presunto complessivo di € 1.100,00 (millecento 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 Neuroscienze- 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 della Fisioterapista Dott.ssa Francesca Cucca ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 43 del 08.01.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Fisioterapista Dott.ssa Francesca Cucca al Corso "Riabilitazione Neurocognitiva" che si è tenuto a Sassari dal 16.04.2018 al 20.04.2018.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1.100,00 (millecento euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio del Comparto – Dipartimento Neuroscienze - fondi di struttura anno 2018, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti della Fisioterapista Dott.ssa Francesca Cucca 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

CPSI Dott. ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2019.01.07 09:47:06 +01'00'

ANDREA CORRIAS

Firmato digitalmente da ANDREA CORRIAS
Data: 2019.01.07 10:25:56 +01'00'

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 65 | 18

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome FRANCESCA CUCCA

Struttura di appartenenza AO BROTZU - SERVIZIO NEURORIABILITAZIONE

Dipartimento NEUROSCIENZE

Telefono /cellulare FONDI OR **E-mail**

Qualifica FISIOTERAPISTA

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

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) DAL 16.02.2018 ATTUALE

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Francesca Cucca

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: migliorare le competenze nella Riabilitazione neurologica

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" CAGLIARI
S.S.D. DI NEURORIABILITAZIONE

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): 24/12/18

Firma e Timbro (leggibile)
☒ Il Direttore di Struttura

AO Brotzu - Cagliari
S.C. DI NEURORIABILITAZIONE
LO SPECIALISTA FISIATRA
Dott.ssa Annarita Diana

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE E RIABILITAZIONE
DIRETTORE
Dott. Maurizio Melis

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: RIABILITAZIONE NEUROCOGNITIVA

Sede: SASSARI

Data:	da (gg/mm/aaaa) 16.04.2019	a (gg/mm/aaaa) 20.04.2019	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 40h

Tipologia evento

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

Organizzatore: ORG. SCIENT. PHISIOVIT PROVIDER AGE.NA S. N. 3835 -

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider N. 3835

Attività ECM? ☑ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 50 ECM

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***		€ 974,80
• ***Vitto:***		€ 125,00
• ***Pernottamento:***		€ —
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☐ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ —
• ***Altre spese:***		€ —
Totale spesa presunta		€ 1099,80

****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

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente FRANCESCA CUCCA

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: RIABILITAZIONE NEUROCOGNITIVA

Sede: SASSARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 16.04.2018 a (gg/mm/aaaa) 20.04.2018

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, 4-1-2019

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione _____

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

SALVE DOTT. GINO SEDDA QUANDO E SE MI TIRA I FOGLI MI CHIAMEREBBE!
COSI POI LI PONGO AL PROTOCOLLO IN GIORNATA - GRAZIE
Luigi Luigi

RIABILITAZIONE NEUROCOGNITIVA

Responsabile scientifico e docente

SERGIO MARIA GIOVANNI VINCIGUERRA

Direttore della scuola per fisioterapisti Santa Maria della Pietà distaccamento dell'Università La Sapienza di Roma

Docente

VALERIO SAPUTI

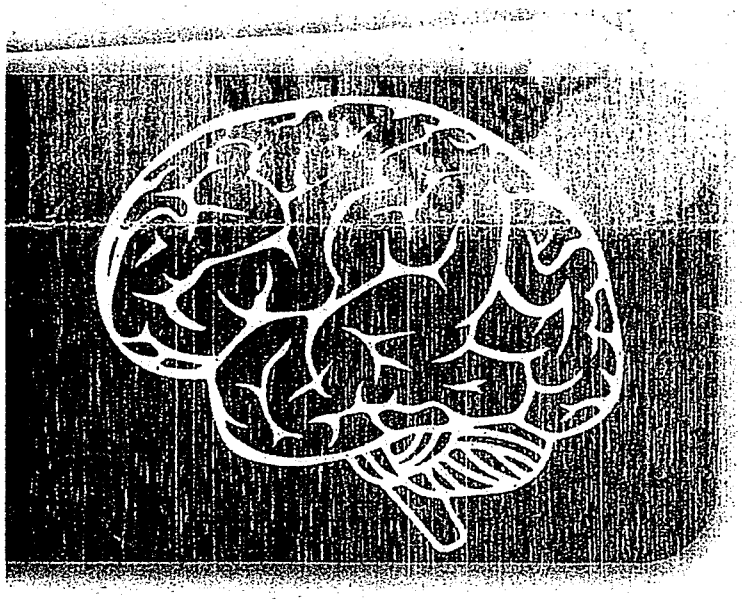
Fisioterapista e [illegible] di Riabilitazione Neurotraumatologica all'Università La Sapienza di Roma

Sede

SASSARI

Date

dal 16 al 20



Organizzazione Scientifica

PhisioVit

Provider AGE.NA.S. n°3835

Info

338.1083545

info@phisiovit.it

www.phisiovit.it

Seguici sui Social

PhisioVit