AO Brotzu

Determinazione del Direttore della SSD Formazione n° 561 del 26.04.2019

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Manuel Scarano.

PDTD/2019/580

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera a partire dal 26.04.2019 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 Responsabile della SSD Formazione Dott. Andrea Corrias, a predisporre le Determinazioni;

Vista la comunicazione Prot. n° 4046 del 18.04.2019, con la quale il Direttore della SSD Neonatologia ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott.Manuel Scarano;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione del Dott.Manuel Scarano al Corso: "Corso di Rianimazione Neonatale per Formatori " che si terrà a Roma dal 09.05.2019 al 10.052019, per un importo presunto complessivo di € 859,00 (ottocentocinquantanove euro) come da documentazione agli atti di questo ufficio;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento Pediatrico- fondi di struttura 2019-, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del Dott.Manuel Scarano ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione al Corso;

%

AO Brotzu

Segue determinazione n. 561 del 26.04.2019

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott.Manuel Scarano al Corso: "Corso di Rianimazione Neonatale per Formatori " che si terrà a Roma dal 09.05.2019 al 10.052019.
2. Autorizzare il Dott.Manuel Scarano a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 859,00 (ottocentocinquantanove euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio- Dipartimento XXXXXX- fondi di struttura 2019, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal Dott.Manuel Scarano 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

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2019.04.24 14:20:41 +02'00'

CPSI Dott.ssa Maria Carmina Campus

CAMPUS MARIA CARMINA

Firmato digitalmente da CAMPUS MARIA CARMINA
Data: 2019.04.24 13:33:14 +02'00'

Prot. n°18 del 17-4-19

AO BROTZU
NP/2019/4046 del 18/04/2019 ore 11,17
Mittente SSD Neonatologia - Nido
Assegnatario : SSD Formazione

AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

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

Richiesta di Aggiornamento Obbli
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 SCARANO MANUEL

Struttura di appartenenza SSD NEONATOLOGIA

Dipartimento PEDIATRIA

Telefono /cellulare [redacted] **e-mail** manuelscarano@hotmail.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) 16/04/19

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) [signature]

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): 16/04/19

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura [signature]
Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento [signature]

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" - CA
DIRETTORE: Dott. LUCIANA RIBIRI
AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO PEDIATRICO
Direttore: Dr. Luigi Masella

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

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO DI MANIPOLAZIONE NEONATALE PER FORMATORI

Sede: ROMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 9/5/14	a (gg/mm/aaaa) 10/5/14	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 20

Tipologia evento

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

Organizzatore: CAMILLA GIZZI

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

Attività ECM? ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 20,3

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***		€ 368,85
• ***Vitto:***		€ 60,00
• ***Pernottamento:***		€ 260,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☒ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 150,00
• ***Altre spese:*** SPOSTAMENTI		€ 20,00
Totale spesa presunta		€ 858,85

****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, 24.4.2019

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
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 MANUEL SCARANO

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu in qualità di Dirigente Medico a tempo indeterminato,

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: CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE PER FORMATORI

Sede: ROMA

Data: da (gg/mm/aaaa) 9/8/19 a (gg/mm/aaaa) 10/5/19

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, 16/09/19

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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

SIN
Società Italiana di Neonatologia

CORSO DI RIANIMAZIONE NEONATALE PER FORMATORI

Promosso dal Gruppo di Studio di Rianimazione Neonatale

Responsabile Scientifico: Camilla Gizzi

ROMA
9-10 maggio 2019

PIANO FORMATIVO SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA

Provider SIN n. 556

un evento organizzato da BioMedia La condivisione del sapere