AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 107 del 29.01.2020

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiera, Dott.ssa Francesca Onidi
PDTD/2020/111

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 29.01.2020 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere
PERRA LUISANNA Firmato digitalmente da PERRA LUISANNA Data: 2020.01.29 11:42:28 +01'00'

La presente Determinazione Dirigenziale prevede un impegno di spesa a carico dell' Azienda Ospedaliera Brotzu

SI x NO □

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. 1811 del 07.08.2019, con la quale il Commissario Straordinario ha conferito delega al Responsabile della SSD Formazione, alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;

Vista la comunicazione Prot. n°1008 del 28.01.2020, con la quale il Direttore del Dipartimento Internistico Oncologico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore della Dott.ssa Francesca Onidi;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Francesca Onidi all'evento formativo: "15th Congresso of ECCO, Inflammatory bowel diseases 2020" che si terrà a Vienna dal 12.02.2020 al 15.02.2020, per un importo presunto complessivo di € 780,00 (settecentoottanta euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio comparto - Dipartimento Internistico Oncologico - fondi di struttura 2020, di cui risulta verificata la copertura finanziaria e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura del dipendente ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo;

%

AO Brotzu

segue Determinazione n. 107 del 29.01.2020

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Francesca Onidi all'evento formativo: "15th Congresso of ECCO, Inflammatory bowel diseases 2020 " che si terrà a Vienna dal 12.02.2020 al 15.02.2020.
2. Autorizzare il dipendente a partire il giorno prima e rientrare il giorno dopo l'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 780,00 (settecentoottanta euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Internistico Oncologico - fondi di struttura 2020, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dal dipendente venga effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'Attestato di partecipazione all'evento formativo.
5. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Gestione Sviluppo Risorse Umane.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott. Andrea Corrias

CORRIAS ANDREA

Firmato digitalmente da CORRIAS ANDREA
Data: 2020.01.29 10:01:06 +01'00'

Estensore CPSI

BARGONE SANDRA Firmato digitalmente da BARGONE SANDRA Data: 2020.01.29-09:13:32 +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 2020/1008 DEL 28/01/20

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

☒ **Dott.ssa/Dott.** ☐ **Sig.ra/Sig.**

Nome e Cognome FRANCESCA MARIA ONIDI

Struttura di appartenenza GASTROENTEROLOGIA

Dipartimento INTERN.

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

Qualifica INFERMIERA

Area contrattuale:

☒ Comparto

☐ Dirigenza Sanitaria

☐ Dirigenza Medica

☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 22/01/2020

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 [signature]

AO Brotzu - Cagliari
S.C. GASTROENTEROLOGIA
COORDINATORE
MARCO COLLU

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): 27/01/2020

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

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento _____

AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"
S.C. GASTROENTERO
Direttore Dr. Francesco

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: 15th CONGRESS OF ECCO, INFLAMMATORY BOWEL DISEASES 202

Sede: VIENNA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 12/02/2020	a (gg/mm/aaaa) 15/02/2020	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** _____

Tipologia evento

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

Organizzatore:

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider OCEAIN-ORGANISATION CONGRESS, VIENN

Attività ECM? ☒ Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** 10

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***		€ 80,00
• ***Vitto:***		€ 200,00
• ***Pernottamento:***		€ 150,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☐ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 350,00
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€ 780

****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, 28.01.2020

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 _____

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 _____