AO Brotzu

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 109 del 29.01.2020

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Collaboratore Tecnico Prof.le, Ing. Dott. Ubaldo Carlini
PDTD/2020/113

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 11:53:23 +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 dellle Determinazioni Dirigenziali;

Vista la comunicazione Prot. n° 966 del 27.01.2020, con la quale il Direttore del Dipartimento Tecnico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento, in favore del Dott. Ubaldo Carlini;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Ubaldo Carlini all'evento formativo: "Legionella nelle strutture sanitarie" che si terrà a Milano dal 11.02.2020 al 12.02.2020, per un importo presunto complessivo di € 1579,00 (millecinquecentosettantanove euro) come da documentazione agli atti di questa SSD

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio Comparto- Dipartimento tecnico- 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. 109 del 29.01.2020

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Ubaldo Carlini all'evento formativo: "Legionella nelle strutture sanitarie" che si terrà a Milano dal 11.02.2020 al 12.02.2020.
2. Autorizzare il dipendente a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1579,00 (millecinquecentosettantanove euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Tecnico- 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 11:17:05 +01'00'

Estensore CPSI

BARGONE SANDRA Firmato digitalmente da BARGONE SANDRA Data: 2020.01.29 10:04:34 +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 HPA 020/966 27/01/2020

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome UBALDO CARLINI

Struttura di appartenenza GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI, NUOVE REALIZZAZIONI

Dipartimento TECNICO

Telefono /cellulare _____ **e-mail** ubaldo.carlini@aob.it

Qualifica
COLLAB. TEC. PROF. ING.

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

Contratto ☐ a tempo determinato ☒ a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 27/01/2020

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Ubaldo Carlini

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): 27.01.2020

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

DIPARTIMENTO TECNICO
IL DIRETTORE
Ing. GIANLUCA BORELLI

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: LEGIONELLA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Sede: MILANO

Data:	da (gg/mm/aaaa) 11/02/2020	a (gg/mm/aaaa) 12/02/2020	**Durata dell'attività formativa in ore: N.** 16
Tipologia evento (Corso) corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura			
Organizzatore: PLANET HEALTH			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider 09006310156 P. IVA

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***		€ 809,00
• ***Vitto:***		€ 120,00
• ***Pernottamento:***		€ 350,00
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☒ • ****Rientro giorno dopo*** □	€ 300,00
• ***Altre spese:***		€ —
Totale spesa presunta		€ 1579,0

****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): _____

Il Commissario Straordinario
AO Brotzu - Cagliari
Dott. Paolo Cannas

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
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 UBALDO CARLINI

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu ING. UBALDO CARLINI, 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: LEGIONELLA NELLE STRUTTURE SANITARIE

Sede: MILANO

Data: da (gg/mm/aaaa) 11/02/2020 a (gg/mm/aaaa) 12/02/2020

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, 28.01.2020

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

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

PlanetHealth

Un'occasione di confronto
tra Direzione Medica
e Ufficio Tecnico sul tema
del contrasto alla Legionella

Legionella nelle Strutture Sanitarie

Contenere il rischio microbiologico ed epidemiologico e progettare impianti per prevenirne la diffusione

MILANO
11 e 12 febbraio 2020

ISCRIVITI ORA!
Tel. 02.83847627
info@planet-health.it
www.planet-health.it

SAVE 200€
per iscrizioni pervenute
e pagate entro il
20 dicembre 2019

Una community di
iKN ITALY
YOUR KNOWLEDGE NETWORK