

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1772

del 11.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott.ssa Valentina Frongia.

PDTD/2021/1877

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 11.11.2021 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.S.D. Affari Generali Ufficio Delibere

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

SI 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. NP n° 9273 del 04/11/2021, con la quale il Direttore del Dipartimento Servizi ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore del Dirigente Medico, Dott.ssa Valentina Frongia;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Valentina Frongia all'evento formativo dal titolo: "Corso Itinerante di Neuroradiologia AINR" che si a Torino dal 22/11/2021 al 23/11/2021, per un importo presunto complessivo di 520,00 € (cinquecentoventi euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Dirigenza Sanitaria per l'aggiornamento obbligatorio – Dipartimento Servizi - fondi di struttura 2021, 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;

segue Determinazione n. 1772 del 11.11.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione del Dirigente Medico, Dott.ssa Valentina Frongia all'evento formativo: "Corso Itinerante di Neuroradiologia AINR" che si a Torino dal 22/11/2021 al 23/11/2021.
2. Autorizzare la Dott. ssa Valentina Frongia a partire il giorno prima dell'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di 520,00 € (cinquecentoventi euro) ricadrà sul Fondo Dirigenza Sanitaria per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Servizi - fondi di struttura 2021, 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.ssa Carla Ghiani



ARNAS G. Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

SSD FORMAZIONE



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 1 di 5

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

Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome

VALENTINA FRONZIA

Struttura di appartenenza

S.C. Radiologia

Dipartimento

Servizi

Telefono /cellulare _____

e-mail VALENTINA.FRONZIA@AOB.IT

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) 01/12/17

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

Firma (leggibile)

Valentina Fronzia

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): 2/4/2021

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Agioni

AZIENDA OSPEDALIERA
SPECIALISTICA BROTZU CAGLIARI
SERVIZIO RADIOLOGIA

Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta
Specializzazione G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.it

SSD Formazione
Responsabile: Dott. ssa Carla Ghiani
Tel. 070.539438
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.it

ARNAS G. Brotzu
Sede SSD Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 2 di 5

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: CORSO ITINERANTE DI NEURORADIOLOGIA AINR

Sede: TORINO

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>22/11/21</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>23/11/21</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>10</u>
-------	---------------------------------	--------------------------------	---

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 SUMMEET SRL (n°604)

Attività ECM? Si | No Se sì, 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:

<ul style="list-style-type: none"> Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente) <input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA <input checked="" type="checkbox"/> Non prevista 	€ /			
• Vitto:	€ 90,0			
• Pernottamento:	€ 260,00			
• Viaggio:	<table border="1"> <tr> <td>• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">€ 170,00</td> </tr> <tr> <td>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ 170,00	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>
• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ 170,00			
• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>				
• Altre spese:	€			
Totale spesa presunta	€ 520,00			

*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



Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 3 di 5

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, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione

PAO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Dott. ssa Carla Ghiani

Emissione 28/01/2018
Revisione 07/01/2021

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4
Pagina 4 di 5

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


SSD FORMAZIONE
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani

Corso Itinerante
di Neuroradiologia
AINR

TORINO
22-23
novembre 2021

STAR HOTELS
MAJESTIC