ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1881 del 25.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Collaboratore Tecnico Professionale, Dott.ssa Maria Laura Rita Mossa
PDTD/2021/1988

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 25.11.2021 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: 2021.11.25 11:26:20 +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. PG n° 21050 del 23/11/2021, con la quale il Direttore del Dipartimento Tecnico ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Maria Laura Rita Mossa;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Laura Rita Mossa all'evento formativo dal titolo: "Forum Risk Management" che si terrà ad Arezzo dal 30/11/2021 al 03/12/2021, per un importo presunto complessivo di € 730,00 (settecentotrenta euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio – Dipartimento Tecnico - 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;

%

ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

segue Determinazione n. 1881 del 25.11.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione all'evento formativo: "Forum Risk Management" che si terrà ad Arezzo dal 30/11/2021 al 03/12/2021.
2. Autorizzare la Dott. ssa Maria Laura Rita Mossa a partire il giorno prima e rientrare il giorno seguente l'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 730,00 (settecentotrenta euro) ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Tecnico - 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

GHIANI CARLA
Firmato digitalmente da GHIANI CARLA
Data: 2021.11.25 09:19:18 +01'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2021.11.23 15:08:28 +01'00'

*LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA D DELL'ATTIVITA' FORMATIVA*

**N. protocollo**_____

ARNAS G. BROTZ
PG/2021/21050 del 23/
Mittente : MARIA LAURA RITA MOSSA
Assegnatario : SSD Formazione

## *1. Si richiede di autorizzare il dipendente*

□ **Dott.ssa/Dott.** □ **Sig.ra/Sig.**

**Nome e Cognome** **Maria Laura Rita Mossa**

**Struttura di appartenenza** **Patrimonio e Logistica**

**Dipartimento** **Tecnico**

**Telefono /cellulare** **070 539 359** **e-mail** marialaura.mossa@aob.it

**Qualifica** **Collaboratore Tecnico Professionale**

**Area contrattuale:**
x Comparto
□Dirigenza Sanitaria
□Dirigenza Medica
□Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Prc

Contratto □ a tempo determinato x a tempo indeterminato

**Data** (gg/mm/aaaa) **22/ 11/ 2021**

**Nome e cognome del partecipante per assenso**

**Firma** (leggibile) Maria Laura Rita Mo

## *2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto*

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

x *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere: coerente con il ruolo professionale ricoperto

**Firma e Timbro** (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

**Fondo:**
x fondo di struttura
□ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
□ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore ecc

Data (gg/mm/aaaa): 18/ 11/ 2021

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Struttura
**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

FACEN BRUNO GIORGIO FRANCO
Firmato digitalmente da: FACEN BRUNO GIORGIO FRANCO
Data: 2021.11.22 18:16:
+01'00'

BORELLI GIANLUCA

## *3. Dati dell'attività formativa*

**Titolo:** Forum Risk Management – Obiettivo Sanità Salute

**Sede:** Arezzo – Fiere e Congressi

| **Data:** | da 30/ 11/ 2021 | a 03/12/2021 | **Durata dell'attività formativa in ore: N. 32** |
|---|---|---|---|

**Tipologia evento**

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

**Organizzatore: Gutenberg**

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

***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:** x 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:***<br>☐ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)***<br>☐ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA***<br>x ***Non prevista*** | | € 0 |
| • ***Vitto:*** | | € 320,00 |
| • ***Pernottamento:*** | | € 230,00 |
| • ***Viaggio:*** | • ****Partenza giorno prima*** x<br>• ****Rientro giorno dopo*** x | € 150,00 |
| • ***Altre spese:*** | | € 30,00 |
| ***Totale spesa presunta*** | | **€ 730,00** |

** il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al ri giorno dopo l'evento.*

**ATTENZIONE**: *non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in origir*

## *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 _____,

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 strutt

**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 a Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

**Data** 23/11/2021

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

AO Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

## *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,** 23/11/2021

**Firma e Timbro** (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione _____

AO Brotzu - Cagl
SSD FORMAZIO
Resp.: Dott.ssa Carla Ghi

Promosso da

Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità

Con il patrocinio e contributo di

REGIONE TOSCANA

# Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

**30** NOVEMBRE | **1/2/3** DICEMBRE **2021**

AREZZO FIERE E CONGRESSI

# IL CAMBIAMENTO NASCE DAL BASSO

Con le proposte e le soluzioni di chi opera nelle aziende sanitarie negli ospedali, nel territorio.

16 L'EVOLUZIONE CONTINUA

## PROGRAMMA INVITO