ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1882 del 25.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Collaboratore Tecnico Professionale-Ingegnere Clinico, Dott.ssa Sarah Montisci.
PDTD/2021/1992

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 11:49:39 +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° 21049 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 Sarah Montisci;

Ritenuto di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Sarah Montisci all'evento formativo dal titolo: "Forum Risk Management" che si terrà ad Arezzo dal 01/12/2021 al 03/12/2021, per un importo presunto complessivo di € 640,00 (seicentoquaranta 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. 1882 del 25.11.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Sarah Montisci all'evento formativo: "Forum Risk Management" che si terrà ad Arezzo dal 01/12/2021 al 03/12/2021.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 640,00 (seicentoquaranta euro) ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Tecnico - fondi di struttura 2021, di cui risulta verificata la copertura finanziaria.
3. 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.
4. 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 09:19:55 +01'00'

Estensore CPSI

PIRAS ALBA
Firmato digitalmente da PIRAS ALBA
Data: 2021.11.24 08:49:47 +01'00'

file ok

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 SARAH MONTISCI

Struttura di appartenenza SSD Tecnologie Sanitarie

Dipartimento Tecnico

Telefono /cellulare **e-mail** sarah.montisci@aob.it

Qualifica
COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE
INGEGNERE CLINICO

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

Contratto ☐ a tempo determinato ☑ a tempo indeterminato

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

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile) Sarah Montisci

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): 22/11/2021

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore di Dipartimento

Il Responsabile FF
SSD Tecnologie Sanitarie
Ing. Andrea Alimonda

BORELLI GIANLUCA
Data: 2021.11.23 09:38:00 +01'00'

ARNAS G. BROTZU
PG/2021/21049 del 23/11/2021 ore 11,53
Mittente SARAH MONTISCI
Assegnatario SSD Formazione

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

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: FORUM RISK MANAGEMENT

Sede: AREZZO - Centro Affari e Convegni - Via Spallanzani

Data:	da (gg/mm/aaaa) 01/12/2021	a (gg/mm/aaaa) 03/12/2021	**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 _____

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***		€
• ***Vitto:***		€ 160
• ***Pernottamento:***		€ 220
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** ☐ • ****Rientro giorno dopo*** ☐	€ 160
• ***Altre spese:***		€ 100
Totale spesa presunta		€ 640

**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*

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, 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 - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla Ghiani

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.

L'EVOLUZIONE CONTINUA

PROGRAMMA INVITO