

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D. Formazione

N. 1891

del 25.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, CPSI IFO Percorsi Clinici, Dott.ssa Roberta Manca  
PDTD/2021/2005

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

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. n° 9838 del 23.11.2021, con la quale il Commissario Straordinario ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Roberta Manca;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Roberta Manca all'evento formativo dal titolo: "16° Forum Risk Management", che si terrà ad Arezzo dal 30 novembre al 3 dicembre 2021, per un importo presunto complessivo di € 1060,00 (millesessanta euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Vincolato denominato "Sponsorizzazione corso Formazione Aziendale Management in Sanità", del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione a cura della dipendente ai competenti Uffici della documentazione giustificativa, di una relazione sull'aggiornamento e dell'attestato di partecipazione all'evento formativo;

segue Determinazione n. 1891 del 25.11.2021

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Roberta Manca all'evento formativo dal titolo: "16° Forum Risk Management", che si terrà ad Arezzo dal 30 novembre al 3 dicembre 2021.
2. Autorizzare la Dott.ssa Roberta Manca alla partenza il giorno precedente l'evento formativo per motivi organizzativi.
3. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1060,00 (millesessanta euro) ricadrà sul Fondo Vincolato denominato "Sponsorizzazione corso Formazione Aziendale Management in Sanità", del quale risulta verificata la copertura finanziaria.
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dalla 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

Estensore  
Dott.ssa Sandra Bargone



NP/ 9838 / 23.11.2021

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** **Roberta Manca**

**Struttura di appartenenza** **Direzione Medica Presidio san Michele**

**Dipartimento** \_\_\_\_\_

**Telefono /cellulare** \_\_\_\_\_ **e-mail** **robertamanca@aob.it**

**Qualifica** **Incarico Funzione Organizzazione**  
**Percorsi Clinici**

**Area contrattuale:**

- Comparto
- Dirigenza Sanitaria
- Dirigenza Medica
- Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

**Contratto**  a tempo determinato  a tempo indeterminato

**Data** (23/11/2021)

**Nome e cognome del partecipante per assenso**

**Firma** (leggibile) *Roberta Manca*

**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 )  
*Sponsorizzazione corso Formazione Aziendale Managerial in Sanità*

**Data** 23/11/2021: \_\_\_\_\_

**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore di Struttura

**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

*[Stamps and Signature]*  
AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU  
P.O. SAN MICHELE  
DIREZIONE MEDICA  
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:** Forum Risk Management

**Sede:** Arezzo

<b>Data:</b>	da 29/11/2021	a 03/12/2021	<b>Durata dell'attività formativa in ore: N.</b> _____
<b>Tipologia evento</b>			
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input checked="" type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> frequenza in altra struttura			
<b>Organizzatore:</b>			

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

**Attività ECM?**  Si X |  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"> <li>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOb compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li><input type="checkbox"/> Non prevista</li> </ul> </li> </ul>	€
• <b>Vitto:</b>	€ 270,00
• <b>Pernottamento:</b>	€ 480,00
• <b>Viaggio:</b>	€ 230,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>*Partenza giorno prima</b> <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• <b>*Rientro giorno dopo</b> <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• <b>Altre spese:</b>	€ 80,00 transfer <b>Pisa-Arezzo</b> <b>Arezzo-Pisa</b>
<b>Totale spesa presunta</b>	€1060,00

*\*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

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.4

Revisione 07/01/2021

Pagina 3 di 4

**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 Resp. 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 4

**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





Promosso da



Fondazione  
per l'Innovazione  
e la Sicurezza  
in Sanità



Con il patrocinio e contributo di



# 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

