

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

N. 1895

del 26.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, CPSI IFO CAS, Dott.ssa Maria Efisia Mascia
PDTD/2021/2017

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 26.11.2021 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° 9944 del 25.11.2021, con la quale il Commissario Straordinario ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Maria Efisia Mascia;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Efisia Mascia all'evento formativo dal titolo: "16° Forum Risk Management", che si terrà ad Arezzo dal 1 Dicembre al 3 dicembre 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 Strategico 2021, 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. 1895 del 26.11.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Efisia Mascia all'evento formativo dal titolo: "16° Forum Risk Management", che si terrà ad Arezzo dal 1 Dicembre al 3 dicembre 2021.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 730,00 (settecentotrenta euro) ricadrà sul Fondo Strategico 2021, del quale risulta verificata la copertura finanziaria.
3. 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.
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

Estensore
Dott.ssa Sandra Bargone

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 NP/2022/9944 DEL 25/11/2021

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

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

Nome e Cognome **Maria Efisia Mascia**

Struttura di appartenenza **Cantro Accoglienza Servizi (CAS)**

Dipartimento **Direzione Medica Businco**

Telefono /cellulare _____ e-mail **mariae.mascia@aob.it**

Qualifica **Coordinatore Infermieristico**

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data **22/11/1999**

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

Firma **Maria Efisia Mascia**

Maria Efisia Mascia

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 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 **23.11.2021**

Firma e Timbro

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari
DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO
Dirigente Sanitario
Gottisa M. Teresa Addis

3. Dati dell'attività formativa



Titolo: 16° Congresso Forum Risk Management

Sede: Arezzo

Data:	da 01/12/2021	Al 03/12/2021	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
Corso corso teorico/pratico <input checked="" type="checkbox"/> Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura			
Organizzatore:			

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

Attività ECM? Si | No
funzione delle sessioni

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: Variabile in

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:	€ 180,00
• Pernottamento:	€ 240,00
<ul style="list-style-type: none"> • Viaggio: <ul style="list-style-type: none"> • *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/> • *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	€ 230,00
• Altre spese:	€ 80,00
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 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

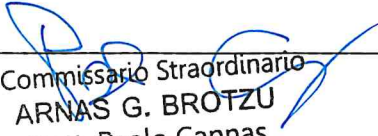
Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____


Il Commissario Straordinario
ARNAS G. BROTZU
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: 25/11/2021

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione


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

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)



Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente Maria Efisia Mascia _____

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: 16° Congresso Forum Risk Management

Sede: Arezzo

Data: Da 01/12/2021_ a l 03/12/2021

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, 10/11/2021

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore 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

