

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

N. 1896

del 26.11.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott.ssa Francesca Aramu  
PDTD/2021/2018

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 Francesca Aramu;

**Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Francesca Aramu 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. 1896 del 26.11.2021

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Francesca Aramu 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



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

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**  
**Fuori sede**

MO-DG-FOR-017.4  
Pagina 1 di 4

*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/2021/PP4A DEL 25/11/2021

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

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

Nome e Cognome **Francesca Aramu**

Struttura di appartenenza **Direzione Medica P.O. Businco**

Dipartimento \_\_\_\_\_

Telefono /cellulare \_\_\_\_\_

e-mail **francesca.aramu@aob.it**

Qualifica

**Dirigente Medico**

**Area contrattuale:**

Comparto

Dirigenza Sanitaria

**Dirigenza Medica**

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  **a tempo indeterminato**

Data **16/01/2021**

Nome e cognome del partecipante per assenso \_\_\_\_\_

Firma **Francesca Aramu**

**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): 23.11.2021

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

**AO Brotzu - Cagliari**  
DIREZIONE SANITARIA P.O. BUSINCO  
Dirigente Sanitario  
**Dott.ssa M. Teresa Addis**

**3. Dati dell'attività formativa**

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](mailto:ufficioformazione@aob.it)

**ARNAS G. Brotzu**  
**Sede SSD Formazione**  
Corpo G 1° piano  
Via Edward Jenner  
09121 Cagliari  
[www.aob.it](http://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 4

**Titolo:** 16 ° Forum risk management in sanità

**Sede:** Arezzo

<b>Data:</b>	da 01/12/2021	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 |  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:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:</b> <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>	€ 0,00
• <b>Vitto:</b>	€ 180,00
• <b>Pernottamento:</b>	€ 240,00
• <b>Viaggio:</b>	€ 230,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>*Partenza giorno prima</b> <input type="checkbox"/></li> <li>• <b>*Rientro giorno dopo</b> <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• <b>Altre spese: transfer Pisa Arezzo – Arezzo Pisa</b>	€ 80,00
<b>Totale spesa presunta</b>	€ 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

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

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio**  
**Fuori sede**

MO-DG-FOR-017.4  
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:** Il Commissario Straordinario  
ARNAS G. BROTZU  
Dott. Paolo Cannas

**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** 25/11/2024

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

  
AO Brotzu - Cagliari  
**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, 25/11/2021

 **AO Brotzu - Cagliari**  
**Firma e Timbro (leggibile) SSD FORMAZIONE**  
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

