

Determinazione Dirigenziale del Responsabile della S.S.D Formazione

N. 1955

del 06.12.2021

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Biologo, Dott.ssa Arianna Ventrella
PDTD/2021/2059

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 06.12.2021 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°129/LGG del 24.11.2021, con la quale il Direttore del Dipartimento Servizi ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Arianna Ventrella;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Arianna Ventrella all'evento formativo dal titolo: "Approcci in NGS ed analisi omiche per lo studio e la diagnosi di malattie umane/mendeliane" che si è tenuto in modalità online dal 28/10/2021 al 29/10/2021, per un importo presunto complessivo di € 82,00 (ottantadue euro) come da documentazione agli atti di questa SSD;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo di struttura per l'aggiornamento obbligatorio – Dipartimento Servizi- 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;

segue Determinazione n. 1955 del 06.12.2021

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. Autorizzare partecipazione della Dott.ssa Arianna Ventrella all'evento formativo dal titolo: "Approcci in NGS ed analisi omiche per lo studio e la diagnosi di malattie umane/mendeliane" che si è tenuto in modalità online dal 28/10/2021 al 29/10/2021.
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 82,00 (ottantadue euro) ricadrà sul Fondo per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Servizi- 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

Estensore CPSI
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 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 LGG 129 del 24.11.2021

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

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

Nome e Cognome

ARIANNA VENTRELLA

Struttura di appartenenza

SSD LABORATORIO DI GENETICA E GENOMICA

Dipartimento

SERVIZI

Telefono /cellulare

07052965654

e-mail

arianna.ventrella@aob.it

Qualifica
DIRIGENTE BIOLOGO

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 18.11.2021

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Arianna Ventrella

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 AO Brotzu Cagliari)

Data (gg/mm/aaaa): 26/11/2021

AO Brotzu - Cagliari
DIPARTIMENTO SERVIZI
Dott. Giancarlo Angiani

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu Cagliari
S.O. PEDIATRICO MICROTECNICO "A. CAO"
LABORATORIO GENETICA E GENOMICA
RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Dott.ssa Stefania Murru



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: APPROCCI IN NGS ED ANALISI OMICHE PER LO STUDIO E LA DIAGNOSI
DI MALATTIE UMANE/MENDELIANE
Sede: VIDEOCONFERENZA SU PIATAFORMA

Data: da (gg/mm/aaaa) 28 OTTOBRE a (gg/mm/aaaa) 29/10/21
2021 Durata dell'attività
formativa in ore: N. 16h

Tipologia evento

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Organizzatore: SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
CF: 0402110581

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 16

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | 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: <input checked="" 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 type="checkbox"/> Non prevista 	<p>€ 80€ + 2€ bollo</p>
• Vitto:	€
• Pernottamento:	€
• Viaggio:	€
<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/> 	€
• Altre spese:	€
Totale spesa presunta	€ 82€

* 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 5

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Approfondimento sull'applicazione delle tecniche NGS
nello studio delle malattie genetiche

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, _____

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 5

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente ARIANNA VENTRELLA

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: _____

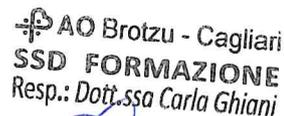
Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

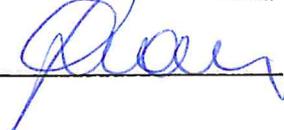
Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

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 5 di 5



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA
ISCRITTA AL N° 55 DEL REGISTRO REGIONALE DELLE PERSONE GIURIDICHE PRIVATE

Responsabili del Modulo

Prof. G. Matullo, Dott.ssa V. Caputo, Dott. G. Sabbadini

Responsabili del Corso

Dott. Guglielmo SABBADINI
Biologo specialista in Genetica Medica. Responsabile Sezione di Citogenetica e Genetica Molecolare dell'Istituto di Diagnostica Clinica "Prada" di Roma. Auditor SIGU.

Dott. Mariano Salvatore PERGOLA
Medico specialista in Pneumologia ed in Genetica Medica presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Già Responsabile Aziendale di Genetica Medica, ASL ROMA1.

Comitato Scientifico

Prof. A. Brusco, Dott.ssa V. Caputo, Prof. M. Fichera,
Dott. S. Gambardella, Prof. E. Giardina, Prof. G. Matullo,
Prof. M. Seri, Dott. M. Tartaglia, Prof.ssa M. Zollino

Segreteria scientifica ed organizzativa

Dott.ssa Cristina Palmieri
Dott.ssa Selene Cipri

Modalità di Pagamento

Quota di iscrizione è di:
€ 82,00 per i partecipanti con i crediti ECM
€ 50,00 per i partecipanti che non sono interessati ai crediti ECM
€ 30,00 per gli studenti e gli specializzandi
da versare tramite Bonifico bancario intestato a:

Scuola Medica Ospedaliera
UniCredit - Ag. Roma Conciliazione
IBAN IT 31 C 02008 05008 000401329648

La quota di iscrizione non è rimborsabile se, per motivi personali, non è stato possibile frequentare il corso. L'evento potrà eccezionalmente subire variazioni per esigenze particolari del Responsabile del corso.

Per il rilascio della ricevuta/fattura è necessario fornire i seguenti dati fiscali: Codice fiscale; eventuale Partiva IVA, Codice destinatario e/o PEC.

Nel caso invece di fatture per pagamenti effettuati da Società, Enti o altri soggetti terzi rispetto al discente, la quota di iscrizione dovrà essere integrata aggiungendo l'I.V.A. ordinaria prevista per legge.

2021

EVENTI RESIDENZIALI
EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Corso in
Videoconferenza
su piattaforma web Zoom Cloud Meeting

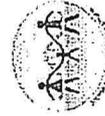
APPROCCI IN NGS ED ANALISI OMICHE
PER LO STUDIO E LA DIAGNOSI DI
MALATTIE UMANE/MENDELIANE

28 - 29 ottobre 2021

CREDITI ASSEGNATI: 16



Con il Patrocinio di:



Istituto
Superiore
di Sanità



SEGRETERIA S.M.O.

B.GO S. SPIRITO, 3 - 00193 ROMA
TEL. 06 68802626 - 68352411 FAX 06 68806712

E-mail: segreteria@smorrlit - scuola.medica.ospedaliera@nec.it
Sito web: www.smorrlit.it

SCHEDA DA RESTITUIRE COMPILATA ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA TRAMITE FAX O EMAIL

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO

Il sottoscritto: [_____]
Nato a: [_____] Prov: [_____] il: [_____]
Residente a: [_____] Prov: [_____]
Via: [_____] Cap: [_____]
e-Mail: [_____] CF: [_____]
Partita IVA: [_____] Codice Destinatario: [_____] PEC: [_____]
Tel: [_____] Cell: [_____] Fax: [_____]
Laureato in: [_____]
Aree Spec. che Prof.li: [_____] n° iscr. Ord. Prof.: [_____]

Libero professionista Dipendente Convenzionato Privo di occupazione.

Ammissione al corso: APPROCCI IN NGS ED ANALISI OMICHE PER LO STUDIO E LA DIAGNOSI DI MALATTIE UMANE/MENDELIANE

Dichiaro di aver letto ed approvo la liberatoria/consenso per pubblicazione immagine e riprese audio/video così come pubblicata nel sito www.smorrlit.it - sez. Home.

Si autorizza il trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi al corso e per ricevere notizia di nuove iniziative (D. Lgs. 196/2003)

Data

FIRMA: