

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

N. 587

del 07.04.2022

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Infermiere strumentista sala operatoria, Sig. Simone Bandino  
PDTD/2022/616

---

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 07.04.2022 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'ARNAS G. Brotzu  
SI  NO

---

Il Responsabile della S.S.D. 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 S.S.D. Formazione alla predisposizione delle Determinazioni Dirigenziali;
- Vista** la comunicazione Protocollo n. 11 del 21/03/2022, con la quale il Direttore della S.C. Urologia Trapianto di Rene e Chirurgia Robotica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore del Sig. Simone Bandino;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Sig. Simone Bandino all'evento formativo: "10<sup>th</sup> International Conference: Living Donor Abdominal Organ Transplantation State of the Art" che si terrà a Gubbio dal 16 giugno 2022 al 18 giugno 2022, per un importo presunto complessivo di € 1.000,00 (mille/00 Euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;
- Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Vincolato RAS per la Scuola di Chirurgia Robotica - Contributo ai sensi della L.R. 22 novembre 2021 n. 17 - Fondo Vincolato 2022, del quale 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. 587 del 07.04.2022

#### DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1. Autorizzare la partecipazione del Sig. Simone Bandino all'evento formativo: "10<sup>th</sup> International Conference: Living Donor Abdominal Organ Transplantation State of the Art" che si terrà a Gubbio dal 16 giugno 2022 al 18 giugno 2022;
2. Dare atto che l'importo complessivo presunto di € 1.000,00 (mille/00 Euro) ricadrà sul Fondo Vincolato RAS per la Scuola di Chirurgia Robotica - Contributo ai sensi della L.R. 22 novembre 2021 n. 17 - Fondo Vincolato 2022, del quale 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

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 11 del 21/03/2020

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

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

Nome e Cognome

SIMONE BANDINO

Struttura di appartenenza

C UROLOGIA TRAPIANTO DI RENE E CHIRURGIA ROBOTICA

S.

Dipartimento

Telefono /cellulare

e-mail

simonebandino@aob.it

Qualifica  
operatoria

infermiere strumentista sala

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa)

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

**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)

**\_ CONTRIBUTO AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 22 NOVEMBRE 2021 N° 17**

Data (gg/mm/aaaa): 21/3/2020

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

AO Brotzu - Cagliari - P.O. S. MICHELE  
S.C. UROLOGIA TRAPIANTO DI RENE

DIRETTORE Dr. Mauro Frongia

**3. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** 10 INTERNATIONAL CONFERENCE: LIVING DONOR ABDOMINAL ORGAN TRANSPLANTATION STATE OF THE ART JUNE 16-18, 2022 GUBBIO ITALY

**Sede:** GUBBIO

<b>Data:</b> da 16 .06.2022_	A 18.06.2022 _____	<b>Durata dell'attività formativa in ore: N.</b> _____
<b>Tipologia evento</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Corso <input checked="" type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input checked="" type="checkbox"/> Congresso <input checked="" type="checkbox"/> Convegno <input checked="" type="checkbox"/> Seminario <input checked="" type="checkbox"/> frequenza in altra struttura		
<b>Organizzatore:</b> ENRICO BENEDETTI MD CHICAGO		

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>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>	€220
• <b>Pernottamento:</b>	€ 500
• <b>Viaggio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></li> <li>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	€ 280
• <b>Altre spese:</b>	€
<b>Totale spesa presunta</b>	€1000

\* 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**

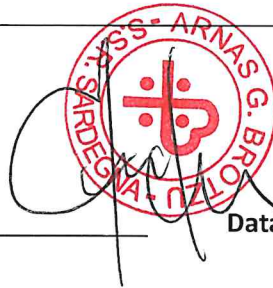
(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore Generale (o suo delegato)



Luogo: \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**6. Parere del Responsabile SSD Formazione**

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

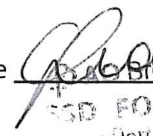
Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere:

Data, 24.03.2021

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

  
Cagliari  
SSD FORMAZIONE  
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, 24.03.2022

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

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

**10<sup>th</sup> International Conference:  
Living Donor Abdominal Organ Transplantation  
State of the Art  
June 16-18, 2022  
Gubbio, Italy**

**Organizing Committee**

Enrico Benedetti, MD  
Lorenzo Gallon, MD  
Rainer W.G. Gruessner, MD  
Jacques Pirenne, MD  
Mark Siegler, MD  
Giuliano Testa, MD