

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

N. 97

del 26.01.2023

Oggetto: Aggiornamento obbligatorio, Dirigente Medico, Dott. Mauro Carta
PDTD/2023/84

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 26.01.2023 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;
- Vista** la Legge Regionale n. 24 del 11/09/2020 – Riforma del Sistema Sanitario Regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della Legge Regionale n. 10 del 2006, della Legge Regionale n. 23 del 2014 e della Legge Regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Visto** il D. LGS. 50/2016;
- 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 Deliberazione n. 1456 del 05/12/2022 e s.m.i., con la quale è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'ARNAS G. Brotzu;
- Dato Atto** che, al fine di garantire la regolare attività formativa, si rende necessario procedere all'autorizzazione degli aggiornamenti fuori sede come da precedente Organigramma;
- Vista** la comunicazione NP/2023/250 del 10/01/2023, con la con la quale il Dott. Mauro Carta, Responsabile della S.S.D. Banca del Sangue Cordonale, ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento;
- Visto** il parere favorevole del Direttore Sanitario;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione del Dott. Mauro Carta alla Riunione Tecnica della Rete ITCBN, che si terrà a Roma il giorno 31/01/2023, per una spesa complessiva presunta di € 270,00 (duecentosettanta/00 euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;

segue Determinazione n. 97 del 26.01.2023

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo Vincolato "Finanziamento RAS – Progetto Banca Sangue Cordonale" - Fondo Vincolato 2023, del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura del dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa, di:

1. Autorizzare la partecipazione del Dott. Mauro Carta alla Riunione Tecnica della Rete ITCBN, che si terrà a Roma il giorno 31/01/2023;
2. Autorizzare il Dott. Mauro Carta, per motivi organizzativi, alla partenza il giorno precedente rispetto alla data di inizio dell'evento sopra riportato;
3. Dare atto che la spesa complessiva presunta di € 270,00 (duecentosettanta/00 euro) ricadrà sul Fondo Vincolato "Finanziamento RAS – Progetto Banca Sangue Cordonale" - Fondo Vincolato 2023, del quale risulta verificata la copertura finanziaria;
4. Disporre che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura del dipendente, di una relazione sull'aggiornamento, dell'attestato di partecipazione all'evento formativo e della documentazione giustificativa;
5. Trasmettere la presente Determinazione al Direttore della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane.

Il Responsabile della S.S.D. Formazione
Dott.ssa Carla Ghiani

Estensore



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

ARNAS G. BROTZU

NP/2023/250

del 10/01/2023 ore 13,29

Mittente: SSD Banca Sangue Cordonale

Assegnatario: SSD Formazione

Emissione 28/01/2018

Revisione 02/05/2018

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede



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

Nome e Cognome

MAURO CARTA

Struttura di appartenenza

SSD Banca del Sangue Cordonale

Dipartimento

Servizi

Telefono /cellulare

e-mail

MAURCART@AOB.IT

Qualifica

Medico

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica - Amministrativa - Profes.

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa)

9/01/2023

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

Mauro Carta

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)

Chiave Contabile 05-216 - Finanziamento RAS Profits Banca Sangue Cordonale

Data (gg/mm/aaaa):

9/01/2023

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

SSN - Regione Sardegna

AO Brotzu - Cagliari

SSD Banca del Sangue Cordonale

Direttore

Dott. Mauro Carta

Azienda Ospedaliera G. Brotzu

P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari

P.iva: 02315520920

www.aobrotzu.it

Ufficio Formazione

Responsabile: Dott. Andrea Corrias

Tel. 070.5296.5576

Tel. 070.5296.5575-5578-5574

Fax: 070.5296.5594

E-mail: ufficioformazione@aob.it

AO Brotzu

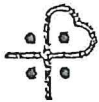
Sede Ufficio Formazione

Corpo G 1° piano

Via Edward Jenner

09121 Cagliari

www.aob.it



3. Dati dell'attività formativa

Titolo:

Reunione Tecnica ITCBN (W. Merisio Bonchi SCO)

Sede:

LORRA

Data:	da (gg/mm/aaaa) 31/01/2023	a (gg/mm/aaaa) 31/01/2023	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento <u>REUNIONE TECNICA</u>			
Corso	corso teorico/pratico	Congresso	Convegno
	Seminario	frequenza in altra struttura	
Organizzatore: <u>CNS - ENT</u>			

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

Attività ECM? Sì | No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No*Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

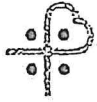
4. Preventivo di spesa

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: <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 type="checkbox"/> Non prevista 		€
• Vitto:		€ 40
• Pernottamento:		€ 80
• Viaggio:	• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ 150
	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>	
• Altre spese:		€
Totale spesa presunta		€ 270

* 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 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
Pagina 3 di 4**5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale***(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)* Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

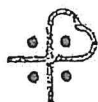
Data (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

 Favorevole Non favorevoleMotivazione del parere:

_____Data, 16/01/2023Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore SSD Formazione
Resp. Dott.ssa Carla Ghiani



AO Brotzu

UFFICIO FORMAZIONE

Emissione 28/01/2018
Revisione 02/05/2018Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sedeMO-DG-FOR-017.2
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, 16/01/2023

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

AO Brotzu, Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott.ssa Carla GhianiAzienda Ospedaliera G. Brotzu
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari
P.iva: 02315520920
www.aobrotzu.itUfficio Formazione
Responsabile: Dott. Andrea Corrias
Tel. 070.5296.5576
Tel. 070.5296.5575-5578-5574
Fax: 070.5296.5594
E-mail: ufficioformazione@aob.itAO Brotzu
Sede Ufficio Formazione
Corpo G 1° piano
Via Edward Jenner
09121 Cagliari
www.aob.it

Gentilissimi,

con la presente si comunica che la prossima Riunione tecnica della rete ITCBN si terrà il giorno **31 gennaio 2023, dalle ore 11.00 alle ore 16.30**, presso **l'Aula Rossi dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma**.

La precedente ipotesi di data è stata modificata per la concomitanza di un diverso Gruppo di lavoro.

Si informa che la riunione sarà in presenza e che, ai fini dell'organizzazione della stessa, si chiede di comunicare, **entro e non oltre il 3 gennaio 2023**, i nominativi dei partecipanti (massimo due rappresentanti per BCO).

Cogliamo l'occasione per augurare a tutti voi buone feste.

Cordiali saluti.

*Segreteria Generale
Giacomo Silvioli*



CENTRO NAZIONALE SANGUE
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma
Sede:
Via Giano della Bella, 27
00162 Roma
Tel: 06-4990.4963