

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

N. 478

del 26.03.2024

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Dirigente Medico Fabiana Sau  
PDTD/2024/420

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 26.03.2024 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

S.C. 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. 31/03/2023 n. 36;
- 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. 72 del 20/01/2023, 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/2024/1395 del 05/03/2024, con la quale Responsabile FF della S.S.D. Emergenza Urgenza Pediatrica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Fabiana Sau;
- Visto** il parere favorevole del Direttore del Dipartimento Emergenza - Urgenza;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Fabiana Sau a un training formativo presso la Terapia Intensiva Pediatrica e Trauma Center Ospedale Policlinico Universitario Gemelli di Roma dal 23/09/2024 al 27/09/2024, per una spesa complessiva presunta di € 1.300,00 (milletrecento/00 euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;

segue Determinazione n. 478 del 26.03.2024

**Considerato** che tale spesa ricadrà sul Fondo Strategico Aziendale per l'aggiornamento obbligatorio - Anno 2024, del quale risulta verificata la copertura finanziaria, e che la liquidazione dei costi sostenuti dovrà essere effettuata previa trasmissione ai competenti Uffici, a cura della 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 della Dott.ssa Fabiana Sau a un training formativo presso la Terapia Intensiva Pediatrica e Trauma Center Ospedale Policlinico Universitario Gemelli di Roma dal 23/09/2024 al 27/09/2024;
2. Autorizzare la Dott.ssa Fabiana Sau, per motivi organizzativi, alla partenza il giorno precedente rispetto alla data di inizio dell'evento formativo sopra riportato;
3. Dare atto che la spesa complessiva presunta di € 1.300,00 (milletrecento/00 euro) ricadrà sul Fondo Strategico Aziendale per l'aggiornamento obbligatorio - Anno 2024, 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 della 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. Risorse Umane e Relazioni Sindacali.

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

Estensore



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**

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

Nome e Cognome

FABIANA SAU

Struttura di appartenenza

SSD EMERGENZA URGENZA PEDIATRICA

Dipartimento

EMERGENZA - URGENZA

Telefono /cellulare

e-mail

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica - Amministrativa - Profes.

Qualifica  
DIRIGENTE MEDICO

Contratto  a tempo determinato  a tempo indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 16/01/2022

Nome e cognome del partecipante per assenso

Firma (leggibile)

FABIANA SAU

**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) \_\_\_\_\_

AO Brotzu - Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 4/03/2024



Emissione 28/01/2018  
Revisione 12/04/2022

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.6  
Pagina 2 di 4

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: PERIODO FORMATIVO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA  
Sede: TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA E TRAUMA CENTER  
OSPEDALE POLICLINICO UNIVERSITARIO GEMELLI ROMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>23/09/2024</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>27/09/2024</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
<input type="checkbox"/> Corso <input type="checkbox"/> corso teorico/pratico <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno <input type="checkbox"/> Seminario <input checked="" type="checkbox"/> frequenza in altra struttura			
Organizzatore:			

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

Attività ECM?  Si |  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"> <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>	€ 0
• Vitto:	€ 300
• Pernottamento:	€ 700
• Viaggio:	€ 250
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>*Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul>	
• Altre spese: <u>MEZZI PUBBLICI</u>	€ 50
<b>Totale spesa presunta</b>	<b>€ 1.300</b>

\*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.

Emissione 28/01/2018  
Revisione 12/04/2022

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

MO-DG-FOR-017.6  
Pagina 3 di 4

**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 (Il  
Il Direttore Generale (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, 08/03/22

Firma e Timbro (leggibile)  
Il Direttore SSD Formazione

Emissione 28/01/2018  
Revisione 12/04/2022

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede**

MO-DG-FOR-017.6  
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 di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione 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 \_\_\_\_\_

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