

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

N. 485

del 27.03.2024

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Dirigente Medico Anna Paola Pinna
PDTD/2024/ 422

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 27.03.2024 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/2024/1396 del 05/03/2024, con la quale il Direttore della S.S.D. Emergenza Urgenza Pediatrica ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento in favore della Dott.ssa Anna Paola Pinna;

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. 485 del 27.03.2024

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 Anna Paola Pinna 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 Anna Paola Pinna, 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

NP/2024/1396

70 copie
chiuso lo
scorriere della
mattina
Eub.
etc

SSD FORMAZIONE

ARNAS G. BROTZU

NP/2024/1396

del 05/03/2024 ore 13,47

Mittente: SSD Pronto Soccorso Pediatrico e O

Assegnatario: SSD Formazione



Emissione 28/01/2018

Revisione 12/04/2022

**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede**

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 _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

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

Nome e Cognome

ANNA PAOLA PINNA

Struttura di appartenenza

SSD EMERGENZA E URGENZA PEDIATRICA

Dipartimento

EMERGENZA - URGENZA

Telefono /cellulare

e-mail

Area competenza

Comparto

Dirigenza Sanitaria

Dirigenza Medica

Dirigenza Tecnica - Amministrativa - Profes.

Qualifica

DIRIGENTE MEDICO PEDIATRA

Contratto a tempo determinato a tempo indeterminato

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

Nome e cognome del partecipante per assenso

ANNA PAOLA PINNA

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) _____

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

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

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 AGOSTINO GENELLI DI ROMA

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>23/03/2024</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>27/03/2024</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
-------	-----------------------------------	----------------------------------	--

Tipologia evento

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario 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"> 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 checked="" type="checkbox"/> Non prevista 	€ 0			
• Vitto:	€ 300			
• Pernottamento:	€ 700			
• Viaggio:	<table border="1"> <tr> <td>• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">€ 250</td> </tr> <tr> <td>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ 250	• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>
• *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/>	€ 250			
• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>				
• Altre spese: <u>MEZZI PUBBLICI</u>	€ 50			
Totale spesa presunta	€ 1300			

*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 (leggibile)

Il Direttore Generale

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, 08/03/24

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione

ARNAS G. Brotzu - Cagliari
SSD FORMAZIONE
Resp.: Dott. ssa

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) _____

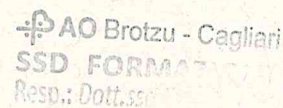
Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla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

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione _____


Resp.: Dott.ssa