

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

N. 693

del 02.05.2024

Oggetto: Aggiornamento Obbligatorio Infermiere, Maria Dolores Secci
PDTD/2024/668

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 02.05.2024 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/2024/2206 del 23/04/2024, il Direttore della S.C. ANESTESIA RIANIMAZIONE, ha fatto richiesta di comando obbligatorio per aggiornamento per la Dott.ssa Maria Dolores Secci;
- Visto** il parere favorevole del Direttore di Dipartimento;
- Ritenuto** di dover autorizzare la partecipazione della Dott.ssa Maria Dolores Secci all'evento formativo dal titolo: "Meeting Margherita TRE" dal 08 al 09 Maggio 2024 a Milano, per una spesa complessiva presunta di € 680,00 (seicentottanta,00 euro) come da documentazione agli atti di questa S.S.D.;

segue Determinazione n. 693 del 02.05.2024

Considerato che tale spesa ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Emergenza Urgenza 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 Maria Dolores Secci all'evento formativo dal titolo: "Meeting Margherita TRE" dal 08 al 09 Maggio 2024 a Milano;
2. Autorizzare la Dott.ssa Maria Dolores Secci, 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 € 680,00 (seicentottanta,00 euro) ricadrà sul Fondo Comparto per l'aggiornamento obbligatorio - Dipartimento Emergenza Urgenza 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

Emissione 28/01/2018
Revisione 12/04/2022Richiesta di Aggiornamento Obblig
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

MARIA DOLORES SECCI

Struttura di appartenenza

SAN MICHELE

Dipartimento

DEU

Telefono /cellulare

e-mail

Area contrattuale: Comparto Dirigenza Sanitaria Dirigenza Medica Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Qualifica

INFERMIERE

Contratto a tempo determinato a tempo
indeterminato

Data (gg/mm/aaaa) 18/04/24

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

ARNAS G. BROTZU
e SM
stico

Daniela Croceddu

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): _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento

DIP

Sede SSD Formazione
Dot. 1° Giuseppe San Michele
Piazzale Alessandro Ricchi, 1,
09134 CAGLIARI
www.aob.it

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: MEETING MARGHERITA TRE

Sede: MILANO - ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI IRCCS

Data:	da (gg/mm/aaaa) <u>8/5/24</u>	a (gg/mm/aaaa) <u>9/5/24</u>	Durata dell'attività formativa in ore: N. <u>15,5H</u>
Tipologia evento			
Corso	corso teorico/pratico	<input checked="" type="checkbox"/> 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 	€
• Vitto:	€ 120
• Pernottamento:	€ 260
• Viaggio:	<ul style="list-style-type: none"> *Partenza giorno prima <input checked="" type="checkbox"/> *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/>
	€ 300
• Altre spese:	€ 100
Totale spesa presunta	€ 680

*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 (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, 23/04/24

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 _____

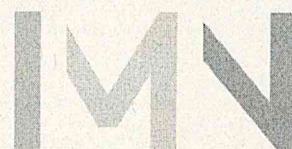


Meeting MargheritaTre



08 - 09 maggio 2024

Sede di Milano
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS



ISTITUTO DI RICERCHE
FARMACOLOGICHE

MEETING

MargheritaTre

08.05.2024 | 10:00 - 17:30

GIVITI
(GRUPPO ITALIANO PER LA
VALUTAZIONE DEGLI
INTERVENTI IN TERAPIA
INTENSIVA)

10:00 - 10:30	Colazione e registrazione
10:30 - 11:00	Benvenuto
11:00 - 11:30	Privacy e consenso informato
11:30 - 12:00	Certificazione come Medical Device in classe IIA
12:00 - 12:30	Discussione
12:30 - 13:30	Pranzo
13:30 - 14:00	Simulated target trials
14:00 - 15:00	Evento Datathon GiViTI: Presentazione progetti correlati
15:00 - 15:30	Confronto su problemi di compilazione e/o utilizzo
15:30 - 16:00	Coffee break
16:00 - 17:00	Presentazione nuove reportistica
17:00 - 17:30	Discussione

MEETING

MargheritaTre

09.05.2024 | 08:30 - 16:30

GIVITI
(GRUPPO ITALIANO PER LA
VALUTAZIONE DEGLI
INTERVENTI IN TERAPIA
INTENSIVA)

08:30 - 09:00	Colazione
09:00 - 10:00	Stato di avanzamento gruppi di lavoro: Trattamenti Presidi Bisogni assistenziali (ICNP)
10:00 - 11:00	Discussione
11:00 - 11:30	Coffee break
11:00 - 13:00	Presentazione DEMO MargheritaTre (nuova versione)
13:00 - 14:00	Pranzo
14:00 - 15:30	Momento di formazione
15:30 - 16:30	Raccolta di nuove proposte

MEETING

MargheritaTre

GIVITI
(GRUPPO ITALIANO PER LA
VALUTAZIONE DEGLI
INTERVENTI IN TERAPIA
INTENSIVA)

Responsabile scientifico

Stefano Finazzi

Segreteria organizzativa

Valentina Barbeta

Dati di contatto

E-mail: studiomargheritatre@marionegri.it

Tel.: 035 4535313

