

Deliberazione 6adottata dal COMMISSARIO STRAORDINARIO in data 13 GEN 2016

OGGETTO: Corso di formazione ECM: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 5. Versamento contributo per l'accreditamento dell'Evento Formativo.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 13 GEN. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.*Il Direttore Amministrativo*Il Commissario Straordinario Dott.ssa Graziella Pintus
coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario F.F. Dott.ssa Marinella Spissu

SU proposta dell'Ufficio Formazione

Premesso che con la Deliberazione n° 1863 del 28.10/2015 è stata autorizzata l'attivazione del Corso di formazione ECM: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" rivolto a Medici, Infermieri, Tecnici di Fisiopatologia sia dei Dipartimenti di Patologia Cardio-Toraco-Vascolare e di Emergenza della nostra Azienda sia delle altre ASL della Regione Sardegna;

Considerato che i soggetti pubblici riconosciuti come provider, in base a specifiche disposizioni normative (DGR Sardegna 52/94 del 23 dicembre 2011 e nota Assessorato Regionale della Sanità prot. n° 2777/2013) devono versare a favore della Regione Autonoma della Sardegna un contributo per l'accreditamento di ciascun evento formativo entro 90 giorni dalla data di fine erogazione dell'attività formativa;

Preso atto della conclusione della 5° edizione dell'Evento Formativo;

Acquisito il prospetto (che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale), elaborato dalla Regione Sardegna unitamente all'Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari (AGE.NA.S.) dal quale risulta che il contributo da versare per l'accreditamento del corso in oggetto è pari a € 440,81;

Ritenuto di dover pertanto provvedere al pagamento dell'importo di € 440,81 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accreditamento del corso in oggetto;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Ai sensi delle normative/regolamenti vigenti di provvedere al pagamento del contributo per l'accreditamento del Corso di formazione ECM: "Le Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 5 dell'importo di € 440,81 (quattrocentoquaranta euro 81 centesimi), sul conto di tesoreria n° 0305983, in essere presso la Tesoreria Provinciale dello Stato di Cagliari (Bankit) intestato alla Regione Autonoma della Sardegna (codice fiscale 80002870923).

Autorizzare il Servizio Economico Finanziario all'emissione dell'ordinativo di pagamento pari a € 440,81, da imputare sul conto n° 0514031601.

Disporre che nella causale dell'ordinativo di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 - accreditamento Corso di formazione ECM: "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)" Edizione 5 - Provider ID 4".

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO F.F.

Dott.ssa Marinella Spissu

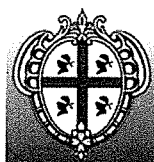
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Graziella Pintus

Ufficio Formazione

Resp. Dott. A. Corrias

Ass.te Amm.vo A. Mulas



Regione Sardegna
Organismo Regionale per
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Inserisci Contributo

ANITAMULAS Log Out

Inserimento del contributo Evento

Ragione Sociale:	AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"	Id Provider:	4
Evento n°	1438 (RES)	Edizione n°	5
Titolo:	ADVANCED CARDIAC LIVE SUPPORT (ACLS)	Riduzione:	SI
Crediti:	23	Partecipanti:	15

Il contributo da versare è di € 440,81
IBAN: girofondo su conto n. 0305983 presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit)
Intestato a: REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Codice ad inizio causale: ECM R09

Modalità di pagamento: Conto Corrente Postale Bonifico Bancario Mandato di pagamento

Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

Sezione			
Ufficio Postale	55/709 • 14 •	13-02-03	Data Versamento
Progressivo delle operazioni svolte	0090 •	€*33,00*	Importo Versato
Progressivo del CC postale	VCY 0263 •	€*1,00*	Tassa Postale

Sezione : _____

Data Versamento : _____

(gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale : _____

Progressivo operazioni svolte : _____

Importo Versato : _____ €

Progressivo CC postale : _____

Tassa postale : _____ €

Salvo

Indietro

[Documenti](#) [Normativa](#) [Assistenza](#) [Link utili](#)

Powered by Age.Na.S.

via Puglie, 23 - 00187 Roma - SARDEGNA@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc 97113690586

agenas AGENA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI