ASLCagliari

Allegato "A"

Approvazione Progetto Formativo Aziendale: "Corso di formazione per servizi al passeggero per la Sogaerdyn S.p.A"

Il presente allegato è composto di n. 20 fogli,
di n. 20 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 196 DEL - 8 MAR. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Antonella Carreras)

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Pier Paolo Pani)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott.ssa Savina Ortu)

ASL8
NP.2016/3512 del 09/02/2016 ore 09.03
Mitt.: Centrale Operativa 118
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc. 64 del 2016

Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: Trasmissione documentazione per attivazione corso di formazione per servizi al passeggero per la Sogaerdyn S.p.A.

In relazione all'oggetto al fine di poter procedere all'attivazione del corso, si trasmette in allegato la seguente documentazione:

- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitto di interesse
- Moduli "dichiarazione di accettazione incarico e assenza conflitti d'interesse dei docenti"
- Programma del corso
- Modulo "Dichiarazione di accettazione di incarico di Responsabile Scientifico e di assenza di conflitti di interesse"

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dott. Giuseppe Iasiello

Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale

La richiesta deve essere compilata in ogni sua parte e consegnata almeno 45 giorni prima dell'inizio delle attività formative previste nel progetto formativo residenziale.

Titolo del Progetto Formativo Residenziale

Corso di formazione per servizi al passeggero

Accreditamento ECM

Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? ☐ Sì | X No

Tipologia

Barrare con una crocetta una sola casella:

☐ *Congresso/simposio/convegno/seminario*

☐ *Tavola rotonda*

☐ *Conferenze clinico – patologiche volte alla presentazione e discussione epicritica interdisciplinare*

☐ *Consensus meeting interaziendali finalizzati alla revisione delle statiche per la standardizzazione di protocolli e procedure operative ed alla pianificazione e svolgimento di attività legate a progetti di ricerca finalizzata*

☐ *Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale*

☐ *Corso pratico finalizzato allo sviluppo continuo professionale*

☐ *Corso pratico per lo sviluppo di esperienze organizzativo gestionali*

☐ *Frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale (specificare la struttura assistenziale)*

☐ *Corso di aggiornamento*

X *Corso di addestramento*

☐ *Tirocinio/frequenza presso strutture assistenziali o formative*

☐ *Tirocinio/frequenza con metodiche tutoriali presso una struttura assistenziale o formativa*

☐ *Corsi di formazione e/o applicazione in materia di costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici*

☐ *Videoconferenza*

☐ *Attività formativa di aggiornamenti monotematici*

L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?

☐ *Si* X *No*

E' previsto l'uso della sola lingua italiana?

X *Si* | ☐ *No*

Numero Edizione/i del corso

Numero edizioni previste: 2

Data inizio prima edizione: 15 febbraio 2016

Data fine prima edizione: 16 febbraio 2016

Nel caso di più edizioni, si prega di comunicare le date di svolgimento all'Area Formazione entro 20 giorni

dalla data di inizio di ciascuna di esse, altrimenti non potranno essere accreditate.

Qualora si conoscano già le date, si prega di compilare la tabella sottostante

Edizione numero	*Data di inizio (gg/mm/aaaa)*	*Data di fine (gg/mm/aaaa)*
2	17 febbraio 2016	18 febbraio 2016

Sede di svolgimento

Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo?

X Sì | ☐ No

Se no, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione entro 30 giorni dall'inizio del corso.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Struttura Aereoporto Cagliari Elmas
Via _____ *Num.* s.n.c.
Comune/Prov. _____ *CAP* _____

Trasmissione nominativi dei partecipanti al corso

L'elenco dei partecipanti deve essere trasmesso all'Area Formazione 10 giorni prima dell'inizio dell'attività formativa. Per ogni partecipante si deve indicare nome e cognome, matricola, struttura di appartenenza, luogo e data di nascita.

Dati del partecipanti

Numero partecipanti previsti per ciascuna edizione: 20

Numero partecipanti totali: 20

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.
E.C.M.

- ☐ ***Medico Chirurgo***
- ☐ ***Farmacista***
- ☐ *Biologo*
- ☐ *Chimico*
- ☐ *Fisico*
- ☐ ***Veterinario***
- ☐ *Odontoiatra*
- ☐ ***Psicologo***
- ☐ *Assistente Sanitario*
- ☐ *Dietista*
- *Assistente Sociale*
- ☐ *Fisioterapista*
- *Professionale*
- ☐ *Educatore Professionale*
- *Sanitario*
- ☐ *Igienista Dentale*
- *Sanitario*
- ☐ *Infermiere*
- ☐ *Infermiere pediatrico*
- ☐ *Logopedista*
- ☐ *Ortottista/Assistente di oftalmologia*
- ☐ *Ostetrica/o*
- ☐ *Podologo*
- ☐ *Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*
- ☐ *Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria*
- *e perfusione cardiovascolare*
- ☐ *Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico*
- ☐ *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*
- ☐ *Tecnico Audiometrista*
- ☐ *Tecnico Audioprotesista*
- ☐ *Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro*
- *Assistenza (OTA)*
- ☐ *Tecnico di Neurofisiopatologia*

Non aventi diritto ai crediti

- ☐ *Analista*
- ☐ *Architetto*
- ☐ *Assistente Amministrativo*
- ☐ *Assistente Religioso*
- ☐ *Assistente Tecnico*
- ☐ *Ausiliario Specializzato*
- ☐ *Avvocato*
- ☐ *Coadiutore Amm.vo*
- ☐ *Collaboratore Amm.vo - Prof.le*
- ☐ *Collaboratore Prof.le -*
- ☐ *Collaboratore Tecnico -*
- ☐ *Collaboratore Professionale –*
- *Pers. della Riabil.*
- ☐ *Collaboratore Professionale -*
- ☐ *Commesso*
- ☐ *Direttore Amministrativo*
- ☐ *Direttore dei Servizi Sociali*
- ☐ *Direttore Generale*
- ☐ *Dirigente Amministrativo*
- ☐ *Geologo*
- ☐ *Infermiere Generico*
- ☐ *Infermiere Psichiatrico*
- ☐ *Ingegnere*
- ☐ *Massofisioterapista*
- ☐ *Odontotecnico*
- ☐ *Operatore Socio - Sanitario*
- ☐ *Operatore Tecnico*
- ☐ *Oper. Tecnico Addetto*
- ☐ *Operatore Tecnico Specializzato*

☐ *Tecnico Ortopedico*

☐ *Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva*

☐ *Terapista Occupazionale*

X *Tutte le professioni*

N.B. : Per le professioni evidenziate in grassetto, consultare la pagina seguente e specificare le discipline

☐ *Ottico*

☐ *Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente*

☐ *Profilo Atipico Ruolo Amministrativo*

☐ *Profilo Atipico Ruolo Professionale*

☐ *Profilo Atipico Ruolo Sanitario*

☐ *Profilo Atipico Ruolo Tecnico*

☐ *Programmatore*

☐ *Puericultrice*

☐ *Sociologo*

☐ *Statistico*

X*Tutte le professioni*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo – TUTTE LE DISCIPLINE				
☐ *Allergologia ed Immunologia Clinica*	☐ *Anatomia Patologica*	☐ *Anestesia e Rianimazione*	☐ *Angiologia*	☐ *Audiologia e Foniatria*
☐ *Cardiochirurgia*	☐ *Cardiologia*	☐ *Chirurgia Generale*	☐ *Chirurgia Maxillo - Facciale*	☐ *Chirurgia Pediatrica*
☐ *Chirurgia Plastica e Ricostruttiva*	☐ *Chirurgia Vascolare*	☐ *Continuità Assistenziale*	☐ *Dermatologia e Venereologia*	☐ *Ematologia*
☐ *Direzione Medica di Presidio Ospedaliero*	☐ *Farmacologia e Tossicologia Clinica*	☐ *Gastroenterologia*	☐ *Genetica Medica*	☐ *Geriatria*
☐ *Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*	☐ *Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica*	☐ *Laboratorio di Genetica Medica*	☐ *Malattie dell'apparato respiratorio*	☐ *Malattie Infettive*
☐ *Medicina Aeronautica e Spaziale*	☐ *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro*	☐ *Medicina dello Sport*	☐ *Medicina dello Sport*	☐ *Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza*
☐ *Medicina Generale (medici di famiglia)*	☐ *Medicina Interna*	☐ *Medicina Legale*	☐ *Medicina Nucleare*	☐ *Medicina Termale*
☐ *Microbiologia e Virologia*	☐ *Nefrologia*	☐ *Neonatologia*	☐ *Neurochirurgia*	☐ *Neurofisiopatologia*
☐ *Neurologia*	☐ *Neuropsichiatria Infantile*	☐ *Neuroradiologia*	☐ *Oftalmologia*	☐ *Oncologia*
☐ *Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base*	☐ *Ortopedia e Traumatologia*	☐ *Otorinolaringoiatria*	☐ *Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)*	☐ *Pediatria*
☐ *Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)*	☐ *Psichiatria*	☐ *Psicoterapia*	☐ *Radiodiagnostica*	☐ *Radioterapia*
☐ *Reumatologia*	☐ *Scienza dell'Alimentazione e Dietetica*	☐ *Urologia*	☐ *Ginecologia e Ostetricia*	☐ *Malattie Metaboliche e Diabetologia*
☐ *Biochimica Clinica*	☐ *Chirurgia Toracica*	☐ *Endocrinologia*	☐ *Medicina fisica e riabilitazione*	☐ *Medicina Trasfusionale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista	
☐ *Farmacia Ospedaliera*	☐ *Farmacia territoriale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario		
☐ *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*	☐ *Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati*	☐ *Sanità Animale*

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo	
☐ *Psicologo*	☐ *Psicoterapia*

Obiettivo formativo

Barrare una sola casella:

☐ *Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (ebn – ebn – ebp)*

X *Linee guida – protocolli – procedure – documentazione clinica*

☐ *Percorsi clinico – assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura*

☐ *Appropriatezza prestazioni sanitarie nei lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia*

☐ *Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie*

☐ *La sicurezza del paziente*

☐ *La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato*

☐ *Integrazione interprofessionale e multi professionale, interistituzionale*

☐ *Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera*

☐ *Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute*

☐ *Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali*

☐ *Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure*

☐ *Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute*

☐ *Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità*

☐ *Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*

☐ *Etica, bioetica e deontologia*

☐ *Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn*

☐ *Contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica*

☐ *Medicine non convenzionali:valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà*

☐ *Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla cn ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie*

☐ *Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione*

☐ *Fragilità (minori, anziani, tossicodipendenti, salute mentale):tutela degli aspetti assistenziali e socio – assistenziali*

☐ *Sicurezza alimentare e/o patologie correlate*

☐ *Sanità veterinaria*

☐ *Farmacoepidemiologia, farmaco economia, farmacovigilanza*

☐ *Sicurezza ambientale e/o patologie correlate*

☐ *Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate*

☐ *Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione – trapianto*

☐ *Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assesment*

Area tematica

Barrare una sola casella:

☐ *Area comunicazione e relazione*
☐ *Area cure primarie*
☐ *Area salute mentale*
☐ *Area materno infantile*
☐ *Area delle dipendenze*
☐ *Area riabilitazione*
☐ *Area oncologica*
☐ *Area farmaceutica*
☐*Area giuridico - normativa*
☐ *Area qualità e risk management*
☐ *Area metodologica*
☐ *Area etica e deontologica*
☐ *Area specialità chirurgiche*
☐ *Area specialità mediche*
☐ *Area prevenzione e promozione della salute*
☐ *Area informatica*
X *Area emergenza ed urgenza*
☐ *Area igiene e sanità pubblica*
☐ *Area sicurezza luoghi di lavoro*
☐ *Area salute immigrati*
☐ *Area cardiovascolare*
☐ *Area medicina veterinaria*
☐ *Area diagnostica di laboratorio*
☐ *Area diagnostica per immagini*
☐ *Area gestionale management organizzativa*
☐ *Area gestionale management economico finanziaria*

Finalità

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Mira al riconoscimento dell'arresto cardiocircolatorio, all'individuazione dei punti di repere, all'esecuzione delle manovre di massaggio, di respirazione bocca a bocca al coordinamento tra le varie attività degli operatori impegnati nel soccorso.

B - Acquisizione competenze di processo:

Mira all'acquisizione delle manualità e delle procedure idonee a promuovere il Miglioramento del massaggio cardiaco e l'appropriatezza del suo utilizzo e della defibrillazione.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Mira all'acquisizione di manualità nell'esecuzione del massaggio cardiaco e delle procedure idonee a promuovere il miglioramento dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza nell'esecuzione delle manovre di BLSD.

Le competenze sono rivolte all'equipe con caratteristiche interprofessionali

Programma del corso

Si allega il programma ? *X Sì* | ☐ *No*
Se no, non potrà essere accreditato il corso sul sistema regionale E.C.M. e sul sistema AGENAS.

Si prega di indicare i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma, coerentemente con quanto riportato al punto successivo (metodologia didattica).

Durata singola edizione (non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio): Ore: __16__ Minuti: ____

Metodi didattici

Il totale complessivo deve corrispondere alla durata della singola edizione del corso; non si conteggiano la registrazione dei partecipanti, i saluti e le pause.

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM		
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	2	
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR		
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD		
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED		
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC		
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG		
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	14	
Role - Playing	RP		

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

☐ *Questionario (allegare il modello)*

☐ *Prova orale (allegare le domande)*

X *Esame pratico (allegare la descrizione)*

☐ *Prova scritta (allegare la descrizione)*

☐ *Project work (allegare la descrizione)*

☐ *Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)*

Attrezzatura
(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

X *Videoproiettore* | X *Computer portatile* | ☐ *Lavagna a fogli mobili* | ☐ *Aula informatica*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Nome	Giuseppe	*Cognome*	Iasiello
Qualifica	Dirigente Medico		
Competenze	Direttore Centrale Operativa 118 ASL Cagliari		
Telefono		*Cellulare*	328 33 83 638
Fax		*email*	
Luogo di nascita	Rovigo	*Data di nascita*	11-03-1958

Massimali e retribuzione dei docenti
(delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):

Voce di spesa	Docente Interno	Docente Esterno
Pasti	come da disposizioni aziendali	I pasti saranno rimborsati fino ad un massimo di € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore, e € 55,47 per due pasti cumulabili, se la docenza ha una durata di almeno 12 ore (art. 5, D.P.R. 395/88).
Mobilità	come da disposizioni aziendali	Aereo, nave, treno: rimborso in classe economica dietro presentazione delle ricevute di spesa e delle carte d'imbarco; Uso del mezzo proprio: è ammesso, se sussiste almeno una delle seguenti condizioni: a) maggiore convenienza economica rispetto ai servizi di linea; b) inconciliabilità degli orari; c) particolari comprovate esigenze – dovranno comunque essere indicati targa e tipo dell'automezzo utilizzato Autobus: è ammesso esclusivamente il rimborso delle corse extraurbane dietro presentazione del biglietto in originale regolarmente obliterato
Pernottamento	come da disposizioni aziendali	Max 110,00/notte
Compenso	In orario di servizio*: a - € 5,64/ora per il comparto; b - € 8,20/ora per la dirigenza; Fuori orario di servizio*: a - € 25,82/ora per il comparto; b - € 41,00/ora per la dirigenza; * = come da disposizioni aziendali	- Max € 100,00/ora se appartenenti alla Fascia A - Max € 80,00/ora se appartenenti alla Fascia B - Max € 50,00/ora se appartenenti alla Fascia C - Max € 30,00/ora se appartenenti alla Fascia D Per importi superiori ai € 100,00/ora e/o comunque superiori a quelli indicati nelle tabelle per i rispettivi professionisti, è necessaria l'autorizzazione della Direzione Aziendale

Spese non rimborsabili:

1 – Ricevute relative ai taxi
2 – Ricevute di parcheggio del mezzo proprio
3 - Le ricevute relative al noleggio di autovettura
4 - Gli scontrini fiscali privi della descrizione del bene e/o servizio acquistato
5 - Le ricevute pasti e/o alloggio non fiscali
6 - Le ricevute riferite a pasti consumati in data antecedente a quella di emissione
7 - I biglietti autofiloferrotranviari relativi a percorsi urbani

Fasce di competenza compensi docenza (delib. G.R. n. 32/79 del 24/07/2012):

Fascia	Requisiti professionali
A	▪ Docenti di ogni grado del sistema universitario e dirigenti della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione ▪ Funzionari della PA impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Ricercatori (dirigenti di ricerca, primi ricercatori) impegnati in attività formative proprie del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno decennale ▪ Dirigenti d'azienda o imprenditori impegnati in attività del settore di appartenenza, rivolte ai propri dipendenti, con esperienza professionale almeno decennale nel profilo o categoria di riferimento ▪ Esperti di settore e professionisti con esperienza professionale almeno decennale nel profilo/materia oggetto della docenza ▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno decennale
B	▪ Docenti del sistema scolastico superiore con esperienza almeno quinquennale ▪ Ricercatori universitari di I livello e funzionari della PA impegnati in attività propria del settore/materia di appartenenza e/o di specializzazione, con esperienza almeno quinquennale ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie del settore/materia, oggetto della docenza ▪ Professionisti o esperti con esperienza almeno quinquennale, impegnati in attività proprie/materia oggetto della docenza
C	▪ Docenti del sistema scolastico non ricompresi nelle fasce A e B ▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore superiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale superiore a 2 anni
D	▪ Assistenti tecnici (laureati o diplomati) con competenza ed esperienza professionale nel settore inferiore a 2 anni ▪ Professionisti o esperti impegnati in attività proprie del settore/materia oggetto della docenza, con esperienza professionale inferiore a 2 anni

Dati dei docenti

I docenti, **tutti interni**, svolgeranno la loro attività di docenza fuori orario di servizio ad un compenso uguale per tutti di € 41,00 all'ora per 16 ore ciascuno di lezione

Essi sono:

Antonio Anedda, Carlo Pruna

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

☐ *Formazione strategica* ☐ *Formazione di sistema* ☐ *Formazione specifica*

☐ *Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento):* _____

☐ *Sponsor Commerciali* **X** *Quota pagata dalla Sogaerdyn S.p.A.* _____

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? ☐ Sì | ☐ No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	*Spese docenza complessive lorde (comprese di irpef)*	***€ 2.624,00***
B	*Tasse a carico dell'azienda*	***€ 946,00***
C	*Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)*	***€ 0,00***
D	*Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)*	***€ 0,00***
E	*Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)*	***€ 400,00***
F	*I.V.A.*	***€ 873,40***
Totale spesa corso (A + B + C + D + E + F) ***A cura dell'Area Formazione***		***€ 4.843,40***

Dati del referente della segreteria organizzativa

Nome		Cognome	
Telefono		Cellulare	
Fax		email	
Indirizzo			

Indicare il referente all'interno dell'Area Formazione

- ☐ *Coordinamento distretti (Tiziana Cotza)*
- ☐ *D.A. Servizi amministrativi (Laura Bernardini)*
- ☐ *D.A. Servizi tecnico logistici (Laura Bernardini)*
- ☐ *Centrale Operativa 118 (Alessandro Folleri)*
- X *Dipartimento Emergenza Urgenza (Alessandro Folleri)*
- ☐ *Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari (Alessandro Folleri)*
- ☐ *D.G. Staff (Laura Bernardini)*
- ☐ *DASS Accreditamento Strutture Sanitarie (Giovanni Ballicu)*
- ☐ *Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari (Anna Paola Ibba)*
- ☐ *Dipartimento Dipendenze (Renata Casu)*
- ☐ *Dipartimento Farmaco (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Binaghi (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Businco (Tiziana Cotza)*
- ☐ *P.O. Marino (Anna Paola Ibba)*
- ☐ *P.O. Microcitemico (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Giuseppe (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. San Marcellino (Paolo Nieddu)*
- ☐ *P.O. Santissima Trinità (Paolo Nieddu)*
- ☐ *Dipartimento Prevenzione (Tiziana Cotza)*
- ☐ *Dipartimento Salute Mentale (Anna Paola Ibba)*

Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	GIUSEPPE STASECCO
Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)	

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo e Valutazione del Personale
Area Formazione

ASL8
Prot. 2016/4591 del 15/01/2016 ore 12.40
Mitt. : Area Formazione
Dest. : SOGAERDYN SPA
Class : 1. Fasc. : 16 del 2016

Al Direttore delle Operazioni
Sogaerdyn S.p.a.

p.c. Al Direttore della Centrale Operativa 118

Oggetto: Riferimento Vostra nota prot. DO/627/rb del 23/12/2015

Con riferimento alla nota in oggetto, in seguito a consultazioni e verifiche effettuate con il Direttore della Centrale Operativa 118 e il Commissario Straordinario dell'Azienda, si comunica che il preventivo per 1 corso di BLSD e di 1 corso PTC base per la formazione di nr. 20 operatori aereoportuali della Sogaerdyn Spa, è complessivamente di **€ 4.843,40**, importo comprensivo di IVA e oneri riflessi per i dipendenti a carico dell'azienda.

Il periodo previsto di realizzazione del corso è dal mese di febbraio 2016, a partire dal giorno 15 in avanti, presso le sedi messe a disposizione dalla Sogaerdyn Spa.

In caso di accettazione, considerati i tempi ristretti, poiché per l'effettuazione del corso è necessario predisporre un atto deliberativo di impegno di spesa, si prega di provvedere anticipatamente al pagamento (facendoci avere comunicazione) entro e non oltre il 28 gennaio 2015.

Il pagamento del corso può essere effettuato tramite versamento sul **c.c.p. n. 21780093 intestato alla ASL n. 8 di Cagliari c/o Banco di Sardegna utilizzando come causale "formazione addetti servizio soccorritore presidio sanitario aereoportuale" oppure tramite versamento sul conto corrente bancario IBAN IT29G0101504800000070188775**

L'occasione è gradita per porgere Cordiali Saluti.

Il Responsabile Area Formazione
Dott. Ireneo Picciau

Referente: Alessandro Folleri

Sede Postale Area Formazione
Direzione Generale
via Pier della Francesca, 1
09047 – Su Planu, Selargius (CA)

Sede Operativa Area Formazione
Centro Regionale di Formazione Professionale
via Caravaggio, s.n.
09121 - Mulinu Becciu Cagliari (CA)

Web: http://www.asl8ca.it/formazione ***Mail***: formazione@asl8cagliari.it ***Tel***: 070/6093800 ***Fax***: 070/6093202

18

/

Mittente: Renato Branca <renatobranca@sogaerdyn.it>

Destinatario: Alessandro Folleri <alessandrofolleri@asl8cagliari.it>, Federico Miscali <federico.miscali@sogaer.it>

CC: Giuseppe Iasiello <giuseppeiasiello@asl8cagliari.it>, Ireneo Picciau <ireneo.picciau@asl8cagliari.it>, Gianluca Lavena <gianluca.lavena@sogaer.it>, Federica Defraia <federica.defraia@sogaer.it>, Massimo Sanna Rag. <massimosanna@sogaerdyn.it>

Data: 18/01/2016 17:09

Oggetto: R: Preventivo ufficiale corso BLSD e PTC base per 20 operatori delpresidio sanitario aereoportuale

---

Buona sera Dr Folleri

Le allego copia del bonifico appena fatto per i corsi in questione. Abbiamo la necessità che nella fattura vengano inserite le seguenti diciture:

Corso di formazione per servizi al passeggero, docenza ore 32 totali

Riferimento Piano Fondimpresa 124151

Costo totale euro 4843,40 .

Grazie e a presto

Renato Branca

Direttore Operazioni
Chief of Operations

SOGAERDYN
Cagliari Airport Handling

Società di Handling Aeroportuale
Aeroporto Cagliari Elmas
09030 Elmas (CA)
Tel: +39 070 7560611
Fax: +39 070 7560697
e-mail: renatobranca@sogaerdyn.it
www.sogaerdyn.it

Le informazioni trasmesse sono destinate esclusivamente alla persona o alla società in indirizzo e sono da intendersi confidenziali e riservate. Ogni trasmissione, inoltro, diffusione o altro uso di queste informazioni a persone o società differenti dal destinatario é proibita. Se ricevete questa comunicazione per errore, contattate il mittente e cancellate le informazioni da ogni computer.

The information transmitted is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. Any review, retransmission, dissemination or other use of, or taking of any action in reliance upon, this information by persons or entities other than the intended recipient is prohibited. If you received this in error, please contact the sender and delete the material from any computer.

19

Disposizione Bonifico

inserite | Da firmare | Da inviare | Storici

Mittente *	
Ragione Sociale *	SOGAERDYN SOCIETA' PER AZIONI
CAB *	44020
C/C *	000003000017
CIN *	Y
IBAN *	IT21Y0567644020000003000017
Codice Fiscale *	02366800924
Beneficiario *	
Anagrafica *	30201608
Ragione Sociale *	ASL 8 CAGLIARI
Indirizzo *	
CAP *	
Città *	
C/C beneficiario *	ABI * 01015 CAB * 04800 C/C * 000070188775 Cin * G
IBAN *	IT29G0101504800000070188775
Bonifico *	
Importo *	4.843,40
Data valuta banca beneficiario *	
Data esecuzione disposizione *	
Causale *	Bonifici Generici
Modalità *	Bonifico/Giroconto/Girofondi
Descrizione *	FORMAZIONE ADDETTI SERVIZIO SOCCORRITORE PRESIDIO SANITARIO AEROPORTUALE
Richiesta esito *	Secondo accordi
Codice univoco *	
Stato	Inviato. Attesa conferma da Banca

Indietro | Impostazione filtri | Stampa

*

20