ASLCagliari

Allegato "A"

Aggiornamento Individuale Fuori Sede evento formativo
"Corso ispettori sulla classificazione ed etichettatura delle miscele
(ricaduta nazionale del corso ECHA 2015)"
della dipendente Gioia Bertocchi (matr. 3050) –
Roma, 24-25 novembre 2016
Copertura delle spese mediante fondi SPRESAL.

Il presente allegato è composto
di n. 4 fogli, di n. 4 pagine
IL RESPONSABILE DELL' AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciau

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE
N. 1449 DEL 21 NOV. 2016
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras*
IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
- 8 NOV. 2016
ARRIVATA

Richiesta di Aggiornamento ObbligatorioIndividuale
Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione(già autorizzata dalla Direzione Aziendale) almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI: X

NO: ☐

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Bertocchi Gioia

Nato/a a Cagliari **Il** *(gg/mm/aaaa)* 06/05/1961

Matricola n. 3050

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16

Posizione funzionale Collaboratore professionale sanitario

Qualifica Tecnico della prevenzione ambiente e luoghi di lavoro

Telefono /cellulare 070/47444237 **e-mail** gioiabertocchi@asl8cagliari.it

Area contrattuale:
- X Comparto
- ☐ Dirigenza Medica e Veterinaria
- ☐ Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8
NP/2016/ 0027327 del 07/11/2016 ore 10,15
Mittente : DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Assegnatario : DIREZIONE SANITARIA
Classifica : 1.5.7.

Data(gg/mm/aaaa), 02/11/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Bertocchi Gioia

Firma (leggibile) Gioia Bertocchi

AZIENDA USL n. 8 - CAGLIARI
AREA FORMAZIONE
13 NOV. 2016
SEGNA COME VISTO

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: **Corso ispettori sulla classificazione ed etichettatura delle miscele(ricaduta nazionale del corso ECHA 2015)**

Sede: Roma

Data: da (gg/mm/aaaa) 24novembre a (gg/mm/aaaa) 25novembre

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 13,30 ore

Organizzatore: Ministero della salute e Istituto Superiore di Sanità

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: Via Giorgio Ribotta 5, Roma

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA:

Attività ECM? X Si | ☐ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** circa 16

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: Tecnico della Prevenzione

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:X Si | ☐ No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€/
• ***Viaggio:***	€ 250,00
• ***Albergo:***	€ 220,00
• ***Pasti:***	€ 100,94
• ***Altre spese:***	€ /

Totale spesa presunta: €570,94

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
X fondo vincolato (specificare) **_Fondo SPRESAL DELIBERA 1561 del 3/9/2013**

Anticipo Cassa Economale:
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

X ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
La partecipazione della Dr.ssa Gioia Bertocchi al corso in argomento risulta essere indispensabile in quanto l'approfondimento degli argomenti trattati consente di raggiungere gli obiettivi di efficacia e qualità del servizio, è infatti la referente per il rischio chimico del servizio SPRESAL.
Con riferimento al regolamento aziendale di formazione di cui alla Delibera n. 401/2010, si fa rilevare che la partecipazione al corso risulta strategica, in quanto oltre a garantire lo sviluppo di competenze professionali specifiche, partecipa al raggiungimento degli obbiettivi di efficacia e qualità dello SPRESAL.

Luogo: Cagliari **Data** (gg/mm/aaaa): 02/11/2016

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) Dott. GIORGIO MARRACCINI

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

IL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Dott.ssa Silvana Tilocca

ASLCagliari Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott. Giorgio Marraccini)

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO