

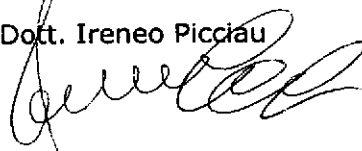
Allegato "A"

Autorizzazione partecipazione corso avanzato fuori sede "Processo Civile Telematico" dei dipendenti Carlo Diana, Silvana Murru, Maria Barbara Anna Perasso, Anna Sedda, Paola Trudu e Lorena Vacca.

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

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 674 DEL 29 MAG. 2014

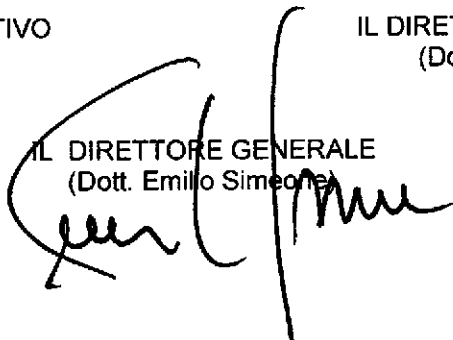
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Sergio Sais)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Ugo Starelli)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Emilio Simeone)



Richiesta di aggiornamento ~~obbligatorio~~ individuale**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"**1. Limite di spesa rimborsabile**

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

SI: NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.**2. Dati del partecipante**

Il/la sottoscritt/a Carlo Diana
Nato a Carbonia il (gg/mm/aaaa) 24/2/1966
Residente in Sestu CAI
Matricola 53085
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD Affari Legali
Indirizzo di lavoro Via P. Della Francesca, 1
Posizione funzionale Dirigente Avvolto
Qualifica _____
Telefono/cellulare 3346529529 e-mail carlodiana@osstestua.it
Area contrattuale _____

 Comparto Dirigenza Medica e Veterinaria Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e AmministrativaLuogo: SelayiasData (gg/mm/aaaa): 13/5/2014Nome e cognome del partecipante (in stampatello) CARLO DIANAFirma (leggibile) Carlo Diana

ASL8

NP/2014/ 0019395 del 21/05/2014 ore 10,29

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 161 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: Processo civile Telematico
Sede: of. Ordine Avvocati Cagliari
Data: da (gg/mm/aaaa) 11.06.14 a (gg/mm/aaaa) _____
Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4
Organizzatore: INTERLAW
Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: Via Carlo Basso, 3 Elmas
Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174900959
Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No
SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 109,00 + IVA
- Viaggio: € _____
- ~~Rimborso uso auto¹~~: € _____ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
- Albergo: € _____
- Pasti: € _____
- Altre spese: € _____
- Totale spesa presunta: € 109,00 + IVA
- Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % _____

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

AVV. RAOLA TRUNU

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

RAOLA TRUNU

Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

1. Limite di spesa rimborsabile

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

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritt/a SILVANA MURRU
Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 23/06/1973
Residente in MONSERRATO, VIA G. CESARE N° 13
Matricola 53066
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD AFFARI LEGALI
Indirizzo di lavoro VIA PIER DELLA FRANCESCA, 1 SELARGIUS
Posizione funzionale _____
Qualifica COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE
Telefono/cellulare 347/7290154 e-mail silvana.murru@aslscagliari.it
Area contrattuale _____

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 12/05/2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) SILVANA MURRU
Firma (leggibile) Silvana Murru

ASL8

NP/2014/ 0019403 del 21/05/2014 ore 10,35

Mittente: Servizio Affari Legali

Assignatario: Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 161 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: Processo civile telematico Pacchetto base e avanzato
Sede: Consiglio dell'Ordine degli Avvocati Cagliari
Data: da (gg/mm/aaaa) 11.06.14 a (gg/mm/aaaa) _____

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4

Organizzatore: INTERLAW

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA CARLO BACCO 3 - ELMAS

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174900959

Attività ECM? Si | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: 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:** € 109,00 + IVA
- **Viaggio:** € _____
- ~~**Rimborso uso auto¹:**~~ € _____ (indicare i KM) **NON RIMBORSABILE**
- **Albergo:** € _____
- **Pasti:** € _____
- **Altre spese:** € _____

Totale spesa presunta: € 109,00 + IVA

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % _____

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

6

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

ALV. PAOLA TRUDU

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)



7

Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

1. Limite di spesa rimborsabile

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

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

2. Dati del partecipante

III/la sottoscritto/a Maria Barbara Anna Perasso
 Nato a Villamare (OG) il (gg/mm/aaaa) 22/09/03
 Residente in Cagliari via F. Crispi n° 23
 Matricola 053064
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD Affari Legali
 Indirizzo di lavoro Via Piero della Fede n° 1 Selargius
 Posizione funzionale Collaboratore amministrativo - Assente
 Qualifica 070/0093/22 / 3291539671
 Telefono/cellulare _____ e-mail maria.perasso@asl.cagliari.it
 Area contrattuale _____

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
 - Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Selargius Data (gg/mm/aaaa): 12/05/14

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MARIA BARBARA ANNA PERASSO

Firma (leggibile) Maria Barbara Perasso

ASL8

NP/2014/ 0019399 del 21/05/2014 ore 10,32

Mittente Servizio Affari Legali

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 161 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: Processo etica Telematica Pacchetto base e avanzato
 Sede: Consiglio dell'Ordine degli Abbeati Cagliari
 Data: da (gg/mm/aaaa) 11.06.14 a (gg/mm/aaaa) _____
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4
 Organizzatore: Justo Bou
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: Via Carlo Bocca 3 - Flumini
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174800959
 Attività ECM? Si | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: 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: € 109,00 + IVA
- Viaggio: € _____
- ~~Rimborso uso auto¹~~: € _____ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
- Albergo: € _____
- Pasti: € _____
- Altre spese: € _____

Totale spesa presunta: € 109,00 + IVA

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: % _____

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): - _____

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

PAOLA TRUDU

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

Paola Trudu

Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

1. Limite di spesa rimborsabile

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

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a ANNA SEDDA

Nato a CAGUARI il (gg/mm/aaaa) 06.08.1974

Residente in CAGUARI

Matricola 38431

Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD AFFARI LEGALI

Indirizzo di lavoro SEDE

Posizione funzionale _____

Qualifica COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE/AVVOCATO

Telefono/cellulare 328.1223938 e-mail annasedda@asl8cagliari.it

Area contrattuale _____

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: CAGUARI Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) ANNA SEDDA

Firma (leggibile) Anna Sedda

ASL8

NP/2014/ 0019398 del 21/05/2014 ore 10,31

Mittente Servizio Affari Legali

Assegnatario Area Formazione

Classifica 1 Fascicolo 161 del 2014



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: PROCESSO CIVILE TELEMATICO -

Sede: EL/O ORDINE AVVOCATI DI CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 11.06.14 a (gg/mm/aaaa) _____

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4

Organizzatore: INTERLAW

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA CARLO BACCO 3 - EUMAS

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174900959

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

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

4. Somma di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 109,00 + IVA
 - Viaggio: € _____
 - ~~Rimborso uso auto¹~~: € _____ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
 - Albergo: € _____
 - Pasti: € _____
 - Altre spese: € _____
- Totale spesa presunta: € 109,00 + IVA

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: _____ %

l

12

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

AW. PAOLA TRODU

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)



Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

1. Limite di spesa rimborsabile

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

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a PAOLA TRUVU

Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 29/01/57

Residente in CAGLIARI

Matricola 45945

Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD AFFARI LEGALI

Indirizzo di lavoro SEDE

Posizione funzionale _____

Qualifica AW.

Telefono/cellulare 338/9690611 e-mail paolatrudu@aslccagliari.it

Area contrattuale _____

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
- Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) PAOLA TRUVU

Firma (leggibile) Paolatrudu



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: PROCESSO CIVILE TELEMATICO
 Sede: C/O ORDINE AVVOCATI di CAGLIARI
 Data: da (gg/mm/aaaa) 11.06.14 a (gg/mm/aaaa) _____
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4 ore
 Organizzatore: INTERLAW
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: via Carlo Bo 36/40
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174900959
 Attività ECM? Sì No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì No
SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Somma di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>109,00 + IVA</u>
• Viaggio:	€ _____
• Rimborso uso-auto¹:	€ _____ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
• Albergo:	€ _____
• Pasti:	€ _____
• Altre spese:	€ _____
Totale spesa presunta:	€ <u>109,00 + IVA</u>
Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste:	% _____

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole
 Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

Nome e cognome (in stampatello)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) _____

Timbro e firma (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura
Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) _____

Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.

Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del responsabile del Budget secondo le modalità previste dall'articolo 3 del "Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento professionale"

1. Limite di spesa rimborsabile

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

SI:

NO:

Indicare l'importo massimo rimborsabile sulla base della stima di spesa: € _____

ATTENZIONE: la compilazione è a cura del responsabile di budget, che dichiara che l'importo massimo rimborsabile sopraindicato rientra nel budget assegnato alla struttura.

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a LORENA VACCA
 Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 20/11/1959
 Residente in CAGLIARI
 Matricola _____
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SSD AFFARI LEGALI
 Indirizzo di lavoro SEDE
 Posizione funzionale _____
 Qualifica COLL. AMM. VO ESPERTO/AVVOCATO
 Telefono/cellulare 334-7482653 e-mail lorenavacca@aslpcagliari.it
 Area contrattuale _____

- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
 - Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari Data (gg/mm/aaaa): 12/05/2014

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) LORENA VACCA

Firma (leggibile) lorenavacca

ASL8

NP/2014/ 0019405 del 21/05/2014 ore 10,37

Mittente: Servizio Affari Legali

Assegnatario: Area Formazione

Classifica: I Fascicolo 161 del 2014



17

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: PROCESSO CIVILE TELEMATICO

Sede: C/O ORDINE AVVOCATI DI CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) M. 06.14 a (gg/mm/aaaa) _____

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 4

Organizzatore: INTERLAW

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA CARLO BACCO 3-ELMAS

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 01174900959

Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No

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

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

- Iscrizione: € 109,90 + IVA
 - Viaggio: € _____
 - ~~Rimborso uso auto¹~~: € _____ (indicare i KM) NON RIMBORSABILE
 - Albergo: € _____
 - Pasti: € _____
 - Altre spese: € _____
- Totale spesa presunta: € 109,90 + IVA
- Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: 1 %

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

TITOLARE DEL BUDGET PER LA FORMAZIONE SPECIFICA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

Favorevole

Non favorevole

Motivazione del parere del responsabile dell'unità organizzativa:

Verifica disponibilità budget annuale assegnato alla struttura organizzativa:

Indicare il numero di protocollo della nota di conferma di verifica della disponibilità di budget spedita al vostro servizio, su richiesta del vostro responsabile, dall'Area formazione

Servizio Area Formazione: n° prot. _____ del _____

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la suddetta nota di verifica.

Luogo: _____ Data (gg/mm/aaaa): _____

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

AUU. PAOLA TRUDU

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

Paola Trudu

19

ASL8

NP/2014/ 0019227 del 20/05/2014 ore 12,05

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Classifica : 1.2.11.



Al Direttore Amministrativo
SEDE

Oggetto: formazione obbligatoria sul processo civile telematico.

Con riferimento all'oggetto, si comunica che lo scrivente Servizio ha necessità di frequentare un corso avanzato in tema di Processo Civile Telematico atteso che, con decorrenza dal prossimo 30 giugno 2014, tale nuova modalità processuale diverrà operativa e gli avvocati dovranno obbligatoriamente curare tutti i relativi adempimenti per via telematica pena la decadenza dagli stessi.

A tal fine si è provveduto a richiedere alla società interlaw, società convenzionata con l'Ordine degli Avvocati di Cagliari, un preventivo di spesa sia per lo svolgimento del corso presso i locali aziendali che per la frequentazione dello stesso presso la sede legale dell'Interlaw. A parità di spesa, circa € 109,00 per Avvocato, si è optato per quest'ultima soluzione vista la ristrettezza dei tempi.

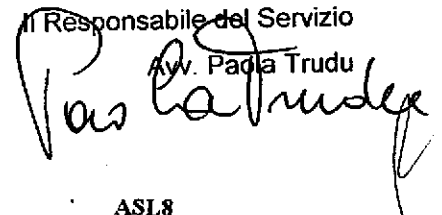
Si chiede pertanto l'autorizzazione alla frequentazione del corso e si allegano a tal fine le domande presentate dagli avvocati operanti presso il Servizio.

Distinti saluti.

*Agg. Off. Legali
OK
per
A - con
PVA - Corte d'App
+ eff.
di competenza*

Il Responsabile del Servizio

Avv. Paola Trudu



ASL8

NP/2014/ 0019406 del 21/05/2014 ore 10,40

Mittente : Servizio Affari Legali

Assegnatario : Area Formazione

Classifica : 1 Fascicolo : 161 del 2014



21 MAG. 2014