ASLCagliari

1

1270
- 1 DIC. 2015

Allegato "A"

Aggiornamento Individuale Fuori Sede evento formativo **"L' estratto conto contributivo/passweb e le ultime novità in materia previdenziale"** delle dipendenti Isabella Casula (matr. n.48980), Maria Cristina Columbano (matr. 45850), Paola Megna (matr. 23437), Flaviana Mudu (matr. 25720) e Trogu Giuliana (matr. 46550) – Maracalagonis, 10/11 dicembre 2015

Il presente allegato è composto
di n. 19 fogli, di n. 19 pagine

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

ASLCagliari

ASL - CAGLIARI DIREZIONE AMMINISTRATIVA 11 NOV. 2015 ARRIVATA

Servizio del Personale

ASL8

NP/2015/ 0033186 del 09/11/2015 ore 10,08

Mittente : Settore Previdenza

Assegnatario : DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Classifica 1.5.9.

ALLA DIREZIONE AMM.VA

SEDE

ALLA COMMISSIONE
per l'Aggiornamento del Comparto

SEDE

Oggetto: Richiesta autorizzazione percorso formativo obbligatorio Settore Previdenza.

Dato il frenetico susseguirsi di interventi normativi in materia previdenziale degli ultimi tempi e delle nuove procedure INPS G.D.P., sempre più complesse, che andranno a sostituire quelle attualmente in dotazione, per le certificazioni previdenziali, finalizzate all'erogazione delle prestazioni, si rende necessario un percorso di formazione attraverso la partecipazione a corsi di aggiornamento, al fine di acquisire conoscenze specifiche in materia.

Poiché lo STUDIO NALDI ha organizzato due giornate di approfondimenti sulle nuove prospettive sullo scenario pensionistico Nazionale ed sulle nuove procedure, in particolare sulla nuova PassWeb, che andrà a sostituire la vecchia certificazione "PA04". si prega pertanto di voler esprimere il proprio parere in merito alla partecipazione di cinque operatori del settore previdenza, considerato il minor impatto dal punto di vista della spesa, dato che il corso si terrà a Maracalagonis.

Il corso sarà tenuto dalla dr.ssa NALDI MANUELA, docente di comprovata esperienza nel settore, la cui preparazione e competenza si è avuto modo di apprezzare già in precedenti corsi ,la quale oltretutto si rende disponibile anche dopo il corso a fornire consulenze specifiche.

Il corso avrà luogo a Maracalagonis il 10 e 11 dicembre c.a c/o l' Aula Consiliare del Comune.

La quota di partecipazione individuale per le due giornate (compreso materiale didattico e colazione di lavoro) è di € 300, IVA esclusa, se dovuta. Si precisa inoltre che per il terzo partecipante verrà applicato lo sconto del 50% della tariffa.

Si resta in attesa di un cortese e sollecito riscontro.

Si allega copia del programma.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE F.F.
(Dr. ssa Angela Pingiori)

SERVIZIO SANITARIO - AZIENDA U.S.L. N.° 8 CAGLIARI

si autorizza
19.11.15

Titolare della posizione organizzativa:
dr.ssa Flaviana Mudu– tel. 0706093290

ASL Cagliari
Sede: Via Piero della Francesca 1 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Servizio Personale - Settore Previdenza
via Piero della Francesca 1
Su Planu – Selargius – fax 070/6093361

Mittente: "formazione" <formazione@studionaldi.com>
Destinatario: <Undisclosed-Recipient:;>
Data: 06/11/2015 09:37
Oggetto: CORSO DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO: L'ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO/PASSWEB E LE ULTIME NOVITA' IN MATERIA PREVIDENZIALE

All'attenzione dell'ufficio personale ed economico - finanziario.

A seguito delle richieste pervenuteci da diverse Amministrazioni locali, Studio Naldi s.a.s. intende organizzare, tramite il proprio ente di formazione "Training di Naldi Manuela", due giornate formative ad oggetto: **L'ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO/PASSWEB E LE ULTIME NOVITA' IN MATERIA PREVIDENZIALE.**

Giornate proposte: **10/12/2015 - 11/12/2015**

Luogo: Maracalagonis (CA) o eventuale altra sede limitrofa

Programma della prima giornata: Estratto conto contributivo/PassWeb:

- Lettura dell'estratto conto, variazioni e rettifiche
- La banca dati PAssWeb: come visualizzare la posizione dell'iscritto, come visualizzare le denunce contributive che alimentano la posizione individuale
- La scrivania virtuale Nuova PAssWeb e il rapporto bidirezionale con l'INPS
- La modifica delle posizioni in Nuova PAssWebe i ruoli di validatore ed esecutore

Nella seconda giornata saranno analizzate le ultime novità in materia previdenziale, con particolare riferimento all'"Opzione donna", alla variazione dei requisiti pensionistici dal 2016 e alle norme in materia di ricongiunzioni, cumuli e totalizzazioni.

Seguirà a breve programma dettagliato del corso e offerta formativa.

Quota di partecipazione e modalità di pagamento:

Il costo di partecipazione per le due giornate è di **Euro 300,00 pro-capite.**

La quota comprende: docenza, materiale didattico, 1 pranzo e 2 coffee-break.
Per il terzo dipendente della stessa Azienda/Amministrazione che partecipa al corso **è applicato il 50% della tariffa.**
L'importo deve intendersi IVA esclusa. La quota, se la fattura è intestata ad un Ente Pubblico, è esente IVA, ai sensi dell'art. 10, D.P.R. n. 633/72 (e successive modificazioni).
Il versamento dovrà essere effettuato successivamente al ricevimento della fattura e dovrà avvenire con bonifico bancario presso il Banco Popolare.
IBAN: IT 23 X 05034 02400 000000116110
I corsi di formazione saranno fatturati da Training di Naldi Manuela
Codice Fiscale NLDMNL57H54A944K - Partita IVA 02157041209
Via Ilio Barontini 9-11 40138 BOLOGNA

Si precisa che è possibile partecipare anche ad una sola giornata di formazione tra le due proposte.
In tal caso si prega di specificare nella scheda di adesione il corso prescelto.

Iscrizione:

Si trasmette in allegato la **scheda di adesione** da inviare a formazione@studionaldi.com o al fax 051 4214967 **entro il 20/11/2015.**

Se interessati, si chiede cortesemente di trasmettere il prima possibile la conferma di partecipazione, in quanto il corso verrà effettuato solo al raggiungimento del numero minimo dei partecipanti.
Qualora non pervenga **disdetta scritta almeno 7 giorni lavorativi prima** della data dell'evento verrà fatturata l'intera quota di partecipazione.
In qualsiasi momento **è possibile sostituire il partecipante.**

Ringraziando per l'attenzione e si porgono cordiali saluti.

NP.2015/34808 del 24/11/2015 ore 14.24
Mitt.: Servizio Personale
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 252 del 2015

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
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

Spese rimborsabili

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

SI: ☐

NO: ☒

Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a CASULA ISABELLA

Nato/a a ASSEMINI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 09/12/1951

Matricola n. 48980

Struttura di appartenenza Serv. Personale Sett. Prev.

Indirizzo di lavoro Via Piero della Francesca, 1

Posizione funzionale Ass. Amm.vo

Qualifica

Telefono /cellulare 6093341 **e-mail** isabella.casula@aslcagliari.it

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

Data(gg/mm/aaaa), 24/11/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) CASULA ISABELLA

Firma (leggibile) Isabella Casula

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: L'ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO/PASSWEB E ULTIME NOVITÀ MATERIA PREV.

Sede: COMUNE MARACALAGONIS

Data: da (gg/mm/aaaa) 10/12/2015 a (gg/mm/aaaa) 11/12/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: ore 12

Organizzatore: HALDI S.a.s.

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA BARONTINI, 9/11-BOLOGNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: HLD MNL 57H54A944K - 02157041209

Attività ECM? ☐ Si | ☐ No ***Se si, 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.

Spesa presunta

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 300,00
• ***Viaggio:***	€
• ***Albergo:***	€
• ***Pasti:***	€
• ***Altre spese:***	€

Totale spesa presunta: € 300,00 (tutto incluso)

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

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.

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
Estratto Conto contributivo - Banca dati PASSWEB - Utilizzo nuove procedure per visualizzare ed alimentare le posizioni dell'iscritto e modifiche - Visualizzazioni delle denuncie contributive Novità in materia previdenziale

Luogo: Selargius **Data** (gg/mm/aaaa): 24-11-2015

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)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
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

[redacted]

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

SI: ☐

NO: ☒

[redacted]

Il/la sottoscritto/a COLUMBANO MARIA CRISTINA

Nato/a a QUARTUSA **Il** *(gg/mm/aaaa)* 07-01-1956

Matricola n. 45850

Struttura di appartenenza ASL - CAGLIARI

Indirizzo di lavoro VIA PIER DELLA FRANCESCA - 09047 SELARGIUS

Posizione funzionale COLLABORATORE AMMINISTRATIVO profilo

Qualifica

Telefono /cellulare 070/6093239 **e-mail** mariacristinacolumbano@asl8.cag

Area contrattuale:

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

ASL8
NP.2015/34812 del 24/11/2015 ore 14.37
Mitt.: Servizio Personale
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 252 del 2015

Data(gg/mm/aaaa), 24-11-2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) COLUMBANO MARIA CRISTINA

Firma (leggibile) Columbano Maria Cristina

Titolo: ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO / PASSWEB RICHIESTA ATTIVITÀ PREV. LI

Sede: MARACALAGONIS c/o COMUNE

Data: da (gg/mm/aaaa) 10-12-2015 a (gg/mm/aaaa) 11-12-2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 12

Organizzatore: STUDIO NALDI

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA BARONTINI 9/11 40138 BOLOGNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: NLDMNL57H54A944K
P.I. 02157041209

Attività ECM? ☐ Si | ☒ No ***Se si, 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.

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 300,00
• ***Viaggio:***	€ —
• ***Albergo:***	€ —
• ***Pasti:***	€ —
• ***Altre spese:***	€

Totale spesa presunta: € 300,00 (tutto incluso)

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

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.

5

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
Estratto Conto contributivo - Banca dati PASSWEB - Utilizzo nuove procedure in visualizzare ed alimentare le posizioni dell'iscritto e modifica - Visualizzazione delle Denuncie contributive Novità in materia previdenziale

Luogo: Selargius **Data** (gg/mm/aaaa): 24-11-2015

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)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
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. Spese rimborsabili

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

SI: ☐

NO: ☐

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a MEGNA PAOLA

Nato/a a CARBONIA **Il** *(gg/mm/aaaa)* 04/01/1967

Matricola n. 238437

Struttura di appartenenza SERVIZIO DEL PERSONALE

Indirizzo di lavoro VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1

Posizione funzionale COLLABORATORE AMMINISTRATIVO

Qualifica

Telefono /cellulare 070 609 3343 **e-mail** paola.megna@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

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

ASL8
NP.2015/34810 del 24/11/2015 ore 14,35
Mitt.: Servizio Personale
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 252 del 2015

Data(gg/mm/aaaa), 24/11/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) PAOLA MEGNA

Firma (leggibile)

2. Parte dell'attività formativa

Titolo: L'ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO/PASSWEB E LE ULTIME NOVITA', IN MATERIA PREVID.

Sede: MARACALAGONIS

Data: da (gg/mm/aaaa) 10/12/2015 a (gg/mm/aaaa) 11/12/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 12 ORE

Organizzatore: STUDIO NALDI

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA BARONTINI, 9-11 40138 BOLOGNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: NLDMNL57H54A944K P.IVA 02157041209

Attività ECM? ☐ Si | ☑ No ***Se si, 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.

3. Spesa presunta

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 300,00
• ***Viaggio:***	€ /
• ***Albergo:***	€ /
• ***Pasti:***	€ /
• ***Altre spese:***	€ /

Totale spesa presunta: € 300,00 (tutto incluso)

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

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.

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
Estratto conto contributivo - Banca dati PASSWEB - Utilizzo nuove procedure per visualizzare ed alimentare le posizioni dell'iscritto e modifiche - Visualizzazioni delle denuncie contributive Novità in materia previdenziale

Luogo: Selargius **Data** (gg/mm/aaaa): 24-11-2015

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)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
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: ☐

NO: ☒

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Musu Flaviana

Nato/a a Ussana **Il** *(gg/mm/aaaa)* 15-01-52

Matricola n. 25720

Struttura di appartenenza Servizio del Personale

Indirizzo di lavoro Via Piero della Francesca, 1 - 09047 Selargius

Posizione funzionale Coll. Amm.vo Prof.le

Qualifica

Telefono /cellulare 3706093290 **e-mail** flavianamusu@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

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

ASL8
NP.2015/34811 del 24/11/2015 ore 14,36
Mitt.: Servizio Personale
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 252 del 2015

Data(gg/mm/aaaa), 24-11-2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) FLAVIANA MUSU

Firma (leggibile) Flaviana Musu

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Dati dell'attività formativa

Titolo: L'estratto conto contributivo PASSWEB e ultime novità previdenziali

Sede: PARACALAGONI c/o AMINE COMUNALE

Data: da (gg/mm/aaaa) 10-12-2015 a (gg/mm/aaaa) 11-12-2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 12 ore

Organizzatore: STUDIO NALDI - BOLOGNA

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA BARONTINI, 9/u 40138 Bologna

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: NLDMNL57H54A944K 02157041209

Attività ECM? ☐ Si | ☒ No ***Se si, 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.

Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 150,00
• ***Viaggio:***	€ —
• ***Albergo:***	€ —
• ***Pasti:***	€ —
• ***Altre spese:***	€ —

Totale spesa presunta: € 150,00 (tutto incluso)

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

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.

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
Estratto Conto contributivo - Banca dati PASSWEB - Utilizzo nuova procedura in visualizzare ed alimentare le posizioni dell'iscritto e modifica - Visualizzazione delle Denuncie contributive Novità in materia previdenziale

Luogo: Selargius **Data** (gg/mm/aaaa): 24-11-2015

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)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
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

Spese rimborsabili

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

SI: ☐

NO: ☒

Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a TROGU GIULIANA

Nato/a a SUNI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 16.02.1953

Matricola n. 46550

Struttura di appartenenza SERVIZIO DEL PERSONALE

Indirizzo di lavoro VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1 - SECARGIUS

Posizione funzionale COLLABORATORE AMM.VO

Qualifica

Telefono /cellulare 0706093340 **e-mail** giulianaTrogu@tiscali.it

Area contrattuale:

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

ASL8
NP.2015/34814 del 24/11/2015 ore 14,38
Mitt.: Servizio Personale
Ass.: Area Formazione
Class. 1. Fasc.: 252 del 2015

Data(gg/mm/aaaa), 24.11.2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) TROGU GIULIANA

Firma (leggibile) Giuliana Trogu

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

[redacted]

Titolo: L'ESTRATTO CONTO CONTRIBUTIVO | PASSWEB E LE ULTIME NOVITÀ IN MATERIA PREVIDENZIAL

Sede: MARACALAGONIS

Data: da (gg/mm/aaaa) 10.12.2015 a (gg/mm/aaaa) 11.12.2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 12

Organizzatore: STUDIO NALDI

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA BAROTTINI, 9-11 40138 BOLOGNA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: NLDMNL57H54A944K P.I. 02157041209

Attività ECM? ☐ Si | ☒ No ***Se si, 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.

[redacted]

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 300,00
• ***Viaggio:***	€ /
• ***Albergo:***	€ /
• ***Pasti:***	€ /
• ***Altre spese:***	€ /

Totale spesa presunta: € 300,00 (tutto incluso)

Risorse economiche:

☐ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

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.

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:
Estratto Conto contributivo - Banca dati PASSWEB - Utilizzo nuove procedure per visualizzare ed alimentare le posizioni dell'iscritto e modifica - Visualizzazioni delle denuncie contributive
Novità in materia previdenziale

Luogo: Selargius **Data** (gg/mm/aaaa): 24-11-2015

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)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Massimali e spese rimborsabili aggiornamento individuale

Rimborsi

La prenotazione e il pagamento è a carico del partecipante. Tutte le spese devono essere debitamente documentate in originale con fattura regolarmente quietanzata o ricevuta fiscale:

- individuale;
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sotto elencati.

Massimali

Voce di spesa	Fuori sede
Iscrizione	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
Pasti	€ 27,69 per 1 pasto € 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore). Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto. Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 55,47 è necessario presentare 2 ricevute.
Mobilità	Aereo e/o treno Il costo del biglietto aereo/ferroviario (con tratta dall'aeroporto/stazione più vicino dal luogo di residenza a quello dell'evento formativo e viceversa) è interamente rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco (aereo). Auto e taxi Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici. L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.
Pernottamento	€ 110,00 a notte