

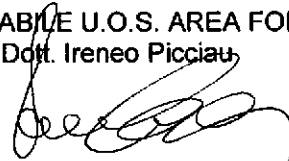
1078  
14 OTT. 2016

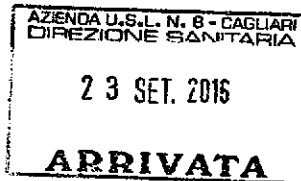
## Allegato "A"

Preso d'atto Aggiornamento Obbligatorio Individuale Fuori Sede evento formativo  
"Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro"  
dei dipendenti Arba Marco (matr. 45642), Frau Francesco (matr.45001), Furcas Anna  
Paola, Manca Lucio (matr. 21500), Murgia Ivan (matr.52198), Pandori Carlo (matr.  
45188), Pau Antonino (matr.45154), Poddighe Paolo (matr.45187), Sedda Walter  
(matr.45620) – Carbonia, 13,14 settembre 2016

Il presente allegato è composto  
di n. 34 fogli, di n. 34 pagine

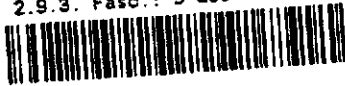
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE  
Dott. Ireneo Picciau





Cagliari

ASL8  
NP. 2016/23694 del 22/09/2016 ore 13.24  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 2.9.3. Fasc.: 9 del 2016

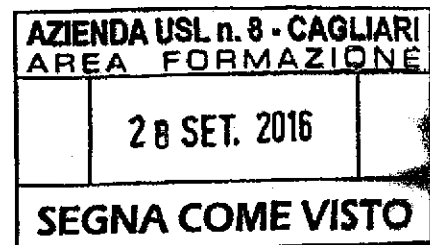


OGGETTO: Trasmissione richiesta partecipazione Corso Obbligatorio 13/14 settembre 2016  
Programma formativo nell'accordo di collaborazione Inail  
Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

Al Direttore Sanitario  
SEDE

Si trasmettono in allegato le richieste di partecipazione al corso in oggetto dei dipendenti  
Arba Marco  
Frau Francesco  
Furcas Anna Paola  
Manca Lucio  
Murgia Ivan  
Pandori Carlo  
Pau Antonino  
Poddighe Paolo  
Sedda Walter

Distinti Saluti



Il Direttore del Servizio  
Prevenzione e Sicurezza del Lavoro  
( *Dr. Giorgio Marraccini* )

*h. m. m. m. e*  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

*23-09-16*

## 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

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

SI:  x

NO:  □

Il/la sottoscritto/a Arba Marco

Nato/a a Iglesias Il (gg/mm/aaaa) 19/02/1958

Matricola n. 45642

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

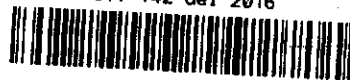
Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346150920 e-mail marcoarba@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

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

ASL8  
NP.2016/22908 del 13/09/2016 ore 16.45  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fase.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Arba Marco

Firma (leggibile) 

**1) Dati dell'attività formativa**
**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro
**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL
**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016
**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16
**Organizzatore:** ASL Carbonia
**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21
**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** Tecnico della Prevenzione
**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
**2) Sintesi di spesa**
**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

**Totale spesa presunta:** € 55.38
**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.

---

---

---

---

**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)

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

---

&

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

**FIRMA DIRETTORE SANITARIO**



**IL DIRETTORE SANITARIO**  
*Dott. Pier Paolo Pani*

**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
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	<p>€ 27,69 per 1 pasto</p> <p>€ 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).</p> <p>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.</p>
<i>Mobilità</i>	<p><u>Aereo e/o treno</u>                      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).</p> <p><u>Auto e taxi</u>                      Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.</p> <p>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.</p>
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte

## 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 di viaggio*

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

SI:  x

NO:  □

*Spese di alloggio*

Il/la sottoscritto/a Francesco Frau

Nato/a a Quartu Sant'Elena Il (gg/mm/aaaa) 01/06/1954

Matricola n. 45001

Struttura di appartenenza Servizio Spresal

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16

Posizione funzionale Collaboratore Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346159571 e-mail francescofrau@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

X Comparto

□ Dirigenza Medica e Veterinaria

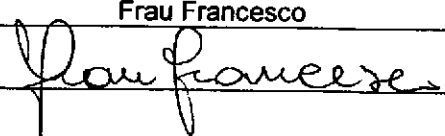
□ Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8  
NP.2016/22907 del 13/09/2016 ore 16,44  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Frau Francesco

Firma (leggibile) 

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

Sede: Carbonia servizio SPRESAL

Data: da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 16,00

Organizzatore: Regione Toscana e INAIL

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: \_\_\_\_\_

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

Attività ECM?  Sì |  No      Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 21

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: TdP

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

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

**4. Spese di Spese**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€ 55.38
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 55.38

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.



**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:**

Le tematiche affrontate dal corso di aggiornamento rappresentano un indispensabile approfondimento che consente ai tecnici della prevenzione di effettuare al meglio la propria attività di vigilanza.

---

---

---

---

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 12/09/2016

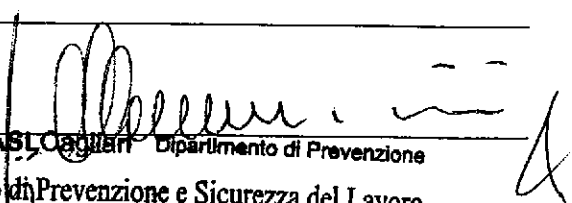

**Nome e cognome (in stampatello)**

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

Giorgio Marraccini

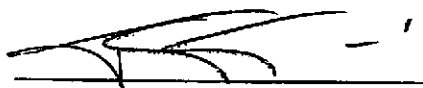
**Timbro e firma (leggibile)**

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

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

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO



IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

---

## 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

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

SI:  x

NO:  □

Il/la sottoscritto/a Furcas Anna Paola

Nato/a a Serrenti Il (gg/mm/aaaa) 22/03/1968

Matricola n. \_\_\_\_\_

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346150052 e-mail annapaolafurcas@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

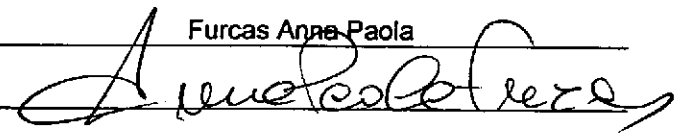
- Comparto
- Dirigenza Medica e Veterinaria
- Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8  
NP.2016/22904 del 13/09/2016 ore 16,42  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Furcas Anna Paola

Firma (leggibile) 

**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro
**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL
**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016
**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16
**Organizzatore:** ASL Carbonia
**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21
**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** Tecnico della Prevenzione
**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

**Totale spesa presunta:** € 55.38
**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.

---

---

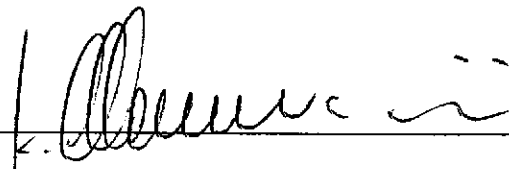
---

---


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)

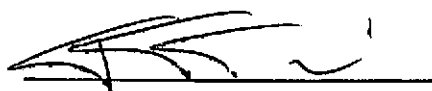
 **ASL Cagliari** Dipartimento di Prevenzione  
Servizio di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro  
**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**  
(Dott. Giorgio Marraccini)



**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO



\_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pier Paolo Pani

## 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
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	€ 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.
<i>Mobilità</i>	<u>Aereo e/o treno</u> 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).  <u>Auto e taxi</u> 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.
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte

## 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 individuali

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

SI:  x

NO:  □

#### Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Manca Lucio

Nato/a a Cagliari Il (gg/mm/aaaa) 01/02/1957

Matricola n. 21500

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346150927 e-mail luciomanca@asl8cagliari.it

#### Area contrattuale:

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

ASL8  
NP. 2016/22906 del 13/09/2016 ore 16,43  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) LUCIO MANCA

Firma (leggibile) 

**3. Dati dell'attività formativa**
**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro
**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL
**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016
**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16
**Organizzatore:** ASL Carbonia
**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21
**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** Tecnico della Prevenzione
**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
**4. Importi spesa**
**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

**Totale spesa presunta:** € 55.38
**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.

---

---

---

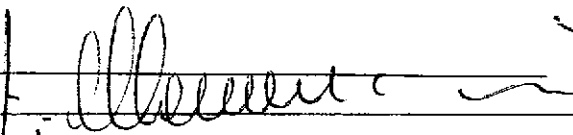
---

**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)

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



**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

**FIRMA DIRETTORE SANITARIO**



**IL DIRETTORE SANITARIO**  
*Dott. Pier Paolo Pani*

**FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

\_\_\_\_\_



## 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. Dato del partecipante

Il/la sottoscritto/a Murgia Ivan

Nato/a a Nurallao Il (gg/mm/aaaa) 11/05/1966

Matricola n. 52198

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346150920 e-mail ivanmurgia@asl8cagliari.it

#### Area contrattuale:

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

ASL8  
NP.2016/22989 del 13/09/2016 ore 16,45  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Murgia Ivan

Firma (leggibile) Ivan Murgia

**3. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16

**Organizzatore:** ASL Carbonia

**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21

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

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

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

**4. Bilancio di Spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

**Totale spesa presunta:** € 55.38

**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.

---

---

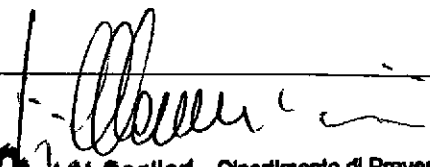

---

---

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)

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

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO



**IL DIRETTORE SANITARIO**  
*Dott. Pier Paolo Pani*

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
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	<p>€ 27,69 per 1 pasto</p> <p>€ 55,47 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore).</p> <p>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.</p>
<i>Mobilità</i>	<p><u>Aereo e/o treno</u>                      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).</p> <p><u>Auto e taxi</u>                      Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.</p> <p>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.</p>
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte

**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 Pandori Carlo

Nato/a a Cagliari Il (gg/mm/aaaa) 14/04/1964

Matricola n. 45188

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346152695 e-mail carlopankori@asl8cagliari.it

**Area contrattuale:**

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

ASL8  
NP. 2016/22903 del 13/09/2016 ore 16.41  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016

Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Pandori CarloFirma (leggibile) 

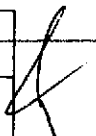
**3. Dati dell'attività formativa**
**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro
**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL
**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016
**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16
**Organizzatore:** ASL Carbonia
**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21
**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** Tecnico della Prevenzione
**Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi:**  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
**4. Spese di spesa**
**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€


**Totale spesa presunta:** € 55.38
**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.


**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)

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

4

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

**FIRMA DIRETTORE SANITARIO**



**IL DIRETTORE SANITARIO**  
*Dott. Pier Paolo Pani*

**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
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	€ 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.
<i>Mobilità</i>	<p><u>Aereo e/o treno</u>                      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).</p> <p><u>Auto e taxi</u>                      Il rimborso del taxi è riconosciuto solo in caso di dimostrata impossibilità di utilizzo dei mezzi pubblici.</p> <p>L'uso dell'auto propria non è più rimborsabile.</p>
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte



## 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 Pau Antonino

Nato/a a Collinas Il (gg/mm/aaaa) 03/09/1953

Matricola n. 45154

Struttura di appartenenza SPRESAL

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16 Pd. B

Posizione funzionale Collaboratore Tecnico Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346749707 e-mail antoninopau@asl8cagliari.it

#### Area contrattuale:

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

ASL8  
NP.2016/22905 del 13/09/2016 ore 16,43  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) ANTONINO PAU

Firma (leggibile) 

**3. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

**Sede:** ASL Carbonia servizio SPRESAL

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16

**Organizzatore:** ASL Carbonia

**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Sì |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21

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

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

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

**4. Spese di spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• <b>Iscrizione:</b>	€ _____
• <b>Viaggio:</b>	€ _____
• <b>Albergo:</b>	€ _____
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€ _____

**Totale spesa presunta:** € 55.38

**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.

**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:**

Sviluppo e adeguamento delle conoscenze sul portale agenti fisici per migliorare e supportare la valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione in tutti i comparti lavorativi.

---

---

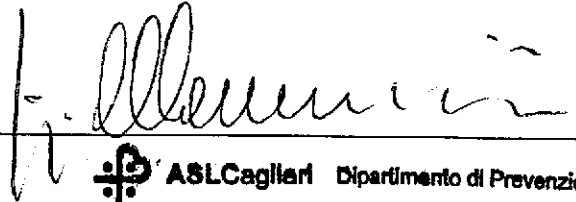
---

---


**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)

 **ASL Cagliari** Dipartimento di Prevenzione  
Servizio di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro  
~~IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO~~  
(Dott. Giorgio Marraccini)

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

**FIRMA DIRETTORE SANITARIO**



**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pier Paolo Pani

**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
<i>Iscrizione</i>	È previsto il rimborso completo della quota di partecipazione e iscrizione all'attività didattica. Non è previsto il rimborso di eventuali quote associative.
<i>Pasti</i>	€ 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.
<i>Mobilità</i>	<p><u>Aereo e/o treno</u>                      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).</p> <p><u>Auto e taxi</u>                      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.</p>
<i>Pernottamento</i>	€ 110,00 a notte

## 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 sostenute

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

SI:

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Paolo Poddighe

Nato/a a Cagliari il (gg/mm/aaaa) 03/01/1954

Matricola n. 45187

Struttura di appartenenza Servizio Spresal

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16

Posizione funzionale Collaboratore Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346149315 e-mail paolopoddighe@asl8cagliari.it

**Area contrattuale:**

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

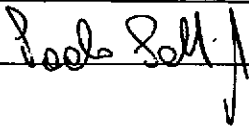
Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8  
NP.2016/22901 del 13/09/2016 ore 16.40  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016

Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016



Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Paolo Poddighe

Firma (leggibile) 

**5. Dati dell'attività formativa**

**Titolo:** Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

**Sede:** Carbonia servizio SPRESAL

**Data:** da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016

**Durata effettiva dell'attività formativa in ore:** 16,00

**Organizzatore:** Regione Toscana e INAIL

**Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo:** \_\_\_\_\_

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

**Attività ECM?**  Si |  No **Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:** 21

**Se attività ECM, indicare la categoria professionale:** TdP

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

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

**6. Spesa del corso**

**La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:**

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

**Totale spesa presunta:** € 55.38

**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.

**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:

Le tematiche affrontate dal corso di aggiornamento rappresentano un indispensabile approfondimento che consente ai tecnici della prevenzione di effettuare al meglio la propria attività di vigilanza.

---

---

---

---

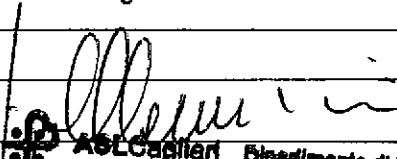
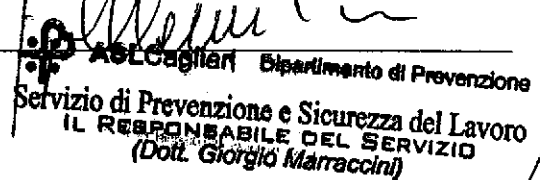

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 12/09/2016

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


Giorgio Marraccini

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

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO



IL DIRETTORE SANITARIO  
*Dott. Pier Paolo Pani*

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_

## 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 rimborsate

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

SI:  x

NO:

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a Walter Sedda

Nato/a a Cagliari Il (gg/mm/aaaa) 10/06/1969

Matricola n. 45620

Struttura di appartenenza Servizio Spresal

Indirizzo di lavoro Via Romagna 16

Posizione funzionale Collaboratore Sanitario

Qualifica Tecnico della Prevenzione

Telefono /cellulare 3346152622 e-mail Waltersedda@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

ASL8  
NP. 2016/22902 del 13/09/2016 ore 16,41  
Mitt.: Prevenzione e sicurezza negli Amb...

Ass.: Area Formazione

Class.: 1. Fasc.: 142 del 2016



Data(gg/mm/aaaa), 12/09/2016

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) Walter Sedda

Firma (leggibile)

Walter Sedda



**3. Dati dell'attività formativa**

 Titolo: Rischio di esposizione da agenti fisici negli ambienti di lavoro

 Sede: Carbonia servizio SPRESAL

 Data: da (gg/mm/aaaa) 13/09/2016 a (gg/mm/aaaa) 14/09/2016

 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 16,00

 Organizzatore: Regione Toscana e INAIL

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: \_\_\_\_\_

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

 Attività ECM?  Sì |  No      Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: 21

 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: TdP

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

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.
**4. Sintesi della spesa**

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• <b>Iscrizione:</b>	€
• <b>Viaggio:</b>	€
• <b>Albergo:</b>	€
• <b>Pasti:</b>	€ 55.38
• <b>Altre spese:</b>	€

 Totale spesa presunta: € 55.38
**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.

**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:

Le tematiche affrontate dal corso di aggiornamento rappresentano un indispensabile approfondimento che consente ai tecnici della prevenzione di effettuare al meglio la propria attività di vigilanza.

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 12/09/2016

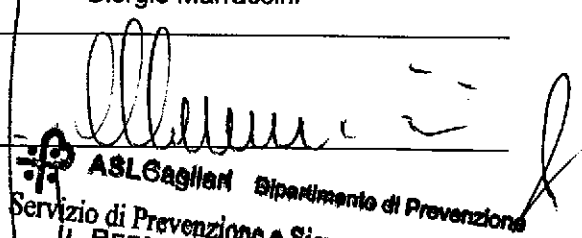
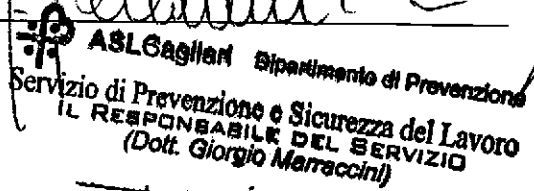
**Nome e cognome (in stampatello)**

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

Giorgio Marraccini

**Timbro e firma (leggibile)**

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

**AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE**

FIRMA DIRETTORE SANITARIO



IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

\_\_\_\_\_