ASLCagliari

687
16 GIU. 2015

Allegato "A"

Presa d'atto aggiornamento Individuale Fuori Sede corso "**Gestione clinica e trasporto paziente biocontaminato**" dei dipendenti Mariangela Carta, Giulio Oppes e Filippo Podda Roma, 25 - 28 maggio 2015.

Il presente allegato è composto
di n. 11 fogli, di n. 11 pagine
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE FF
Dott.ssa Marisa Udella

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 sottoscritto MARIANGELA CARTA

Nato a CAGLIARI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 26/10/1958

Matricola n.

Struttura di appartenenza SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA

Indirizzo di lavoro VIA DEI VALENZANI S.N.C., CAGLIARI

Posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO PRIMO LIVELLO

Qualifica MEDICO 118

Telefono /cellulare 3286711771 **e-mail** MARIANGELACARTA.EM@ASL8CAGLIARI.IT

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

Data(gg/mm/aaaa), 18/05/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) MARIANGELA CARTA

Firma (leggibile) Carta

ASL8
NP.2015/16985 del 20/05/2015 ore 09,32
Mitt.: Sistema Territoriale dell'Emergen...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 199 del 2015

2

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: GESTIONE CLINICA E TRASPORTO PAZIENTE BIOCONTAMINATO

Sede: ISTITUTO DI PERFEZIONAMENTO E ADDESTRAMENTO IN MEDICINA AERONAUTICA MILITARE

Data: da (gg/mm/aaaa) 25/05/2015 a (gg/mm/aaaa) 28/05/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: TRENTA ORE E 30 MINUTI

Organizzatore: AERONAUTICA MILITARE

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIALE PIERO GOBETTI, 2 – 00185 ROMA

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

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.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 203,00
• ***Viaggio:***	€ 280,00
• ***Albergo:***	€ 440.00
• ***Pasti:***	€ 221.52
• ***Altre spese:***	€ ----------

Totale spesa presunta: € 1144.52

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.

3

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:

AGGIORNAMENTO ALL'USO DI NUOVA TECNOLOGIA

Luogo: CAGLIARI **Data** (gg/mm/aaaa): 19/05/2015

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale): DOTT. GIUSEPPE IASIELLO

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

ASL Cagliari
Sistema Territoriale dell'Emergenza
Il Direttore
Dr. Giuseppe Iasiello

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

4

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 sottoscritto GIULIO OPPES

Nato a ROMA Il *(gg/mm/aaaa)* 19/09/1973

Matricola n. 51652

Struttura di appartenenza SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA

Indirizzo di lavoro VIA DEI VALENZANI S.N.C., CAGLIARI

Posizione funzionale COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO

Qualifica INFERMIERE

Telefono /cellulare 3395808187 **e-mail** GIULIOOPPES@ASL8CAGLIARI.IT

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

Data(gg/mm/aaaa), 18/05/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GIULIO OPPES

Firma (leggibile) Giulio Oppes

ASL8
NP.2015/16977 del 20/05/2015 ore 09,24
Mitt.: Sistema Territoriale dell'Emergen...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 199 del 2015

5

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: GESTIONE CLINICA E TRASPORTO PAZIENTE BIOCONTAMINATO

Sede: ISTITUTO DI PERFEZIONAMENTO E ADDESTRAMENTO IN MEDICINA AERONAUTICA MILITARE

Data: da (gg/mm/aaaa) 25/05/2015 a (gg/mm/aaaa) 28/05/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: TRENTA ORE E 30 MINUTI

Organizzatore: AERONAUTICA MILITARE

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIALE PIERO GOBETTI, 2 – 00185 ROMA

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

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.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 203,00
• ***Viaggio:***	€ 280,00
• ***Albergo:***	€ 440.00
• ***Pasti:***	€ 221.52
• ***Altre spese:***	€ ----------

Totale spesa presunta: € 1144.52

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.

6

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:

AGGIORNAMENTO ALL'USO DI NUOVA TECNOLOGIA

Luogo: CAGLIARI **Data** (gg/mm/aaaa): 19/05/2015

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

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

ASL 8 Cagliari
Sistema Territoriale dell'Emergenza
Il Direttore
Dr. Giuseppe Iasiello

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

7

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 sottoscritto FILIPPO PODDA

Nato a MESSINA **Il** *(gg/mm/aaaa)* 25/05/1965

Matricola n.

Struttura di appartenenza SISTEMA TERRITORIALE DELL'EMERGENZA

Indirizzo di lavoro VIA DEI VALENZANI S.N.C., CAGLIARI

Posizione funzionale DIRIGENTE MEDICO PRIMO LIVELLO

Qualifica MEDICO 118

Telefono /cellulare 3476434921 **e-mail** FILIPPOPODDA.EM@ASL8CAGLIARI.IT

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

Data(gg/mm/aaaa), 18/05/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) FILIPPO PODDA

Firma (leggibile) Filippo Podda

ASL8
NP.2015/16979 del 20/05/2015 ore 09,25
Mitt.: Sistema Territoriale dell'Emergen...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 199 del 2015

8

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: GESTIONE CLINICA E TRASPORTO PAZIENTE BIOCONTAMINATO

Sede: ISTITUTO DI PERFEZIONAMENTO E ADDESTRAMENTO IN MEDICINA AERONAUTICA MILITARE

Data: da (gg/mm/aaaa) 25/05/2015 a (gg/mm/aaaa) 28/05/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: TRENTA ORE E 30 MINUTI

Organizzatore: AERONAUTICA MILITARE

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIALE PIERO GOBETTI, 2 – 00185 ROMA

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

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.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ 203,00
• ***Viaggio:***	€ 280,00
• ***Albergo:***	€ 440.00
• ***Pasti:***	€ 221.52
• ***Altre spese:***	€ ----------

Totale spesa presunta: € 1144.52

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.

9

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:

AGGIORNAMENTO ALL'USO DI NUOVA TECNOLOGIA

Luogo: CAGLIARI **Data** (gg/mm/aaaa): 19/05/2015

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

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

ASL 8 Cagliari
Sistema Territoriale dell'Emergenza
Il Direttore
Dr. Giuseppe Iasiello

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

10

ASLCagliari

Centrale Operativa 118 Sud Sardegna

NP/2015/16790
18.05.2015

Al dott.Pierpaolo Pani
Direttore Sanitario
ASL CAGLIARI
SEDE

Prot N°

Cagliari 18/05/2015

Oggetto: Corso Trasporto in Alto Biocontenimento

Si comunicano i nominativi del personale che deve frequentare il corso in oggetto inerente la movimentazione della barella acquistata.
Dott.ssa Mariangela Carta
Dott. Filippo Podda
I.P. dott.Giulio Oppes

Si chiede l'autorizzazione a che venga concesso l'anticipo delle spese.
Cordiali saluti

Il Direttore
Dott. Giuseppe Iasiello

Si allega invito e programma

REGIONE SARDEGNA - SERVIZIO SANITARIO - CAGLIARI
CENTRALE OPERATIVA 118

favorevole
18-05-15

Asl 8 Cagliari
Via Piero della Francesca, 1 – 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www.aslcagliari.it

U.O.C.
Centrale Operativa 118 Sud Sardegna
Via Dei Valenzani - 09131 Cagliari
Tel 070/ 6096393 Fax 070/548055
e-mail: centrale.ca@asl8cagliari.it

11