

Allegato "A"

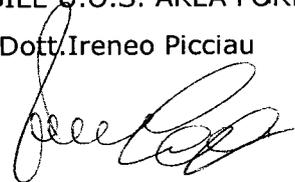
1115
28 OTT. 2015

Approvazione Progetto Formativo Aziendale:
**"Home Automation Office: Collaborazione
e Integrazione".**

Il presente allegato è composto di n. 8 fogli,
di n. 8 pagine.

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



ASL8
NP. 2015/29530 del 02/10/2015 ore 09:26
Mitt.: Direzione Amministrativa Area Ter...
Ass.: Area Formazione
Class.: 1.



Al Direttore Amministrativo
Al Responsabile dell' Area Formazione
Loro Sedi

Oggetto: Richiesta attivazione Progetto Formativo Residenziale "Home Automation Office :
Collaborazione e Integrazione"

Si chiede l'attivazione del Progetto formativo residenziale indicato in oggetto, con
l'utilizzo dei fondi per la formazione specifica individuale assegnati a questa UOC, il cui
ammontare complessivo è pari a Euro 765,50.

A tal fine si precisa quanto segue:

Titolo del Progetto: Home Automation Office : Collaborazione e Integrazione;

Sede di svolgimento del corso: Laboratorio di informatica ASL 8 c/o Cittadella della Salute
Pad. G;

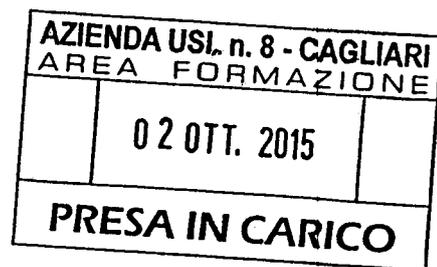
Costo : Euro 154,92.

Distinti saluti

La Responsabile della U.O.C.
Dr.ssa Marisa Udella



Lucia Ferrero
29.09.15
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Antonella Carreras



pg

2

Servizio Proponente

AREA AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Richiesta Attivazione Progetto Formativo Residenziale

Titolo del Progetto: " Home Automation Office: Collaborazione e Integrazione "

 Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? **NO**
 Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostante

Corso di aggiornamento tecnologico e strumentale

 L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? **NO**

 È previsto l'uso della sola lingua italiana? **SI**

 È prevista una quota di partecipazione? **NO**

 Se "SI" indicare l'importo € 000,00

 Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? **NO**

Se "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per immettere testo.

Numero di edizioni previste 2

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1ª Edizione	<u>24/11/2015</u>	<u>24/11/2015</u>	6ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
2ª Edizione	<u>01/12/2015</u>	<u>01/12/2015</u>	7ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
3ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	8ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
4ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	9ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>
5ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>	10ª Edizione	<u> / / </u>	<u> / / </u>

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimento

 Si dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? **SI**

N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.

Se sì, indicare l'indirizzo:

Sede Laboratorio di Informatica ASL Cagliari c/o Cittadella della Salute - Pad. G

Indirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari, Via Romagna 16 - 09127

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 12 Totale Partecipanti 24

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 5 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Privati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

Medico Chirurgo

Farmacista

Biologo

Chimico

Fisico

Veterinario

Odontoiatra

Psicologo

Assistente Sanitario

Dietista

Fisioterapista

Educatore Professionale

Igienista Dentale

Infermiere

Infermiere pediatrico

Logopedista

Ortottista/Assistente di oftalmologia

Ostetrica/o

Podologo

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

Tecnico Audiometrista

Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e
perfusione cardiovascolare

Tecnico Audioprotesista

Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro

Tecnico di Neurofisiopatologia

Tecnico Ortopedico

Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età
Evolutiva

Terapista Occupazionale

Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

Architetto

Analista

Assistente Amministrativo

Assistente Religioso

Assistente Tecnico

Ausiliario Specializzato

Avvocato

Coadiutore Amm.vo

Collaboratore Amm.vo - Prof.le

Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale

Collaboratore Tecnico - Professionale

Collaboratore Professionale - Sanitario

Personale della Riabilitazione

Collaboratore Professionale - Sanitario

Commesso

Direttore Amministrativo

Direttore dei Servizi Sociali

Direttore Generale

Dirigente Amministrativo

Geologo

Infermiere Generico

Infermiere Psichiatrico

Ingegnere

Massofisioterapista

Odontotecnico

Operatore Socio-Sanitario

Operatore Tecnico

Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)

Operatore Tecnico Specializzato

Ottico

Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente

Profilo Atipico Ruolo Amministrativo

Profilo Atipico Ruolo Sanitario

Profilo Atipico Ruolo Tecnico

Programmatore

Puericultrice

Sociologo

Statistico

Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

Allergologia ed immunologia Clinica	Malattie dell'apparato respiratorio	Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia)
Anatomia Patologica	Malattie Infettive	Pediatria
Anestesia e Rianimazione	Medicina Aeronautica e Spaziale	Pediatria (Pediatri di Libera Scelta)
Angiologia	Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro	Psichiatria
Audiologia e Foniatria	Medicina dello Sport	Psicoterapia
Cardiochirurgia	Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza	Radiodiagnostica
Cardiologia	Medicina Generale (medici di famiglia)	Radioterapia
Chirurgia Generale	Medicina Interna	Reumatologia
Chirurgia Maxillo - Facciale	Medicina Legale	Scienza dell'Alimentazione e Dietetica
Chirurgia Pediatrica	Medicina Nucleare	Urologia
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	Medicina Termale	Ginecologia e Ostetricia
Chirurgia Vascolare	Microbiologia e Virologia	Malattie Metaboliche e Diabetologia
Continuità Assistenziale	Nefrologia	Biochimica Clinica
Dermatologia e Venereologia	Neonatologia	Chirurgia Toracica
Ematologia pediatrico	Neurochirurgia	Endocrinologia
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	Neurofisiopatologia	Medicina fisica e riabilitazione
Farmacologia e Tossicologia Clinica	Neurologia	Medicina Trasfusionale
Gastroenterologia	Neuropsichiatria Infantile	Tutte le discipline
Genetica Medica	Neuroradiologia	
Geriatrics	Oftalmologia	
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	Oncologia	
Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	
Laboratorio di Genetica Medica	Ortopedia e Traumatologia	
	Otorinolaringoiatria	

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

Farmacia Ospedaliera

Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

Progetto Formativo

Area tematica

Area informatica

Obiettivo formativo

Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del ssn

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

Fornire ai partecipanti le nozioni utili per l'interscambio delle informazioni in ambienti aziendali di grandi dimensioni sulla base dei diversi formati di documento degli strumenti di office automation, la collaborazione tra utenti attraverso la rete e l'integrazione tra applicazioni di videoscrittura e foglio elettronico.

B - Acquisizione competenze di processo:

Fornire ai partecipanti le competenze e le soluzioni più utili per gestire con successo l'attività lavorativa quotidiana in collaborazione, aumentare la produttività e capacità di orientamento all'attività aziendale in dinamica sinergia con gli altri attori.

C - Acquisizione competenze di sistema:

Focalizzare l'attenzione sul come fare (conoscenza delle funzionalità) e sul cosa fare (applicazione effettiva ai processi aziendali), spostando successivamente l'accento principalmente su quest'ultima fase.

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Gaviano Nome Mauro

Codice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966

Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it

Qualifica Collaboratore Tecnico Informatico Competenze Pluriennale esperienza nella formazione.

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Piras Nome Piero

Codice Fiscale prspri61b20b354a Fare clic qui per immettere testo. 070.47443617 Fare clic qui per immettere testo. Cellulare Fare clic qui per immettere testo. Fax 070.47443715 Fare clic qui per immettere testo. e-mail pieropiras@asl8cagliari.it Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1Ruolo Docente Interno fuori orario di servizioCognome Gaviano Nome MauroCodice Fiscale GVNMRA66E02B354D Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 02/05/1966Telefono 070.47443601 Cellulare 366.5612323 Fax 070.47443694 e-mail maurogaviano@asl8cagliari.it QualificaCollaboratore Tecnico InformaticoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 2**Ruolo Docente Interno fuori orario di servizioCognome Fadda Nome GianfrancoCodice Fiscale FDDGFR70H04B354U Luogo di nascita Cagliari Data di nascita 04/06/1970Telefono 070.47443729 Cellulare 360.1020662 Fax 070.47443694 e-mail gianfrancofadda@asl8cagliari.it QualificaAssistente TecnicoInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata***FORMATORE/TUTOR n. 3**Ruolo Docente Interno fuori orario di servizioCognome Anedda Nome Serafino AntonioCodice Fiscale NDDSFN67A15G113V Luogo di nascita Oristano Data di nascita 15/01/1967Telefono 070.47443640 Cellulare 360.1019806 Fax 070.47443694 e-mail serafinoantonioanedda@asl8cagliari.itQualifica ProgrammatoreInquadramento CCNL Formatori interni COMPARTOFascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Interno Comparto fuori orario di servizio € 25,82Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 000 Totale compenso € 0,00

Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Scegliere un elemento.

Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 000,00Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 000 Totale spesa pernottamento € 000,00Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali € 000,00*È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata*

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
 Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per immettere testo.
 Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Sì No

Riepilogo voci di spesa del corso

A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 154,92
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 0,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) <i>A cura dell'Area Formazione</i>		€

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti
<input checked="" type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi
<input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici
<input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118
<input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza
<input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari
<input type="checkbox"/> D.G. Staff
<input type="checkbox"/> DASS Accreditamento Strutture Sanitarie
<input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
<input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco
<input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione
<input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale
<input type="checkbox"/> P.O. Marino
<input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico
<input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe
<input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino
<input type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità
<input type="checkbox"/> P.O. Binaghi
<input type="checkbox"/> P.O. Businco |
|---|---|

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p style="text-align: center;">Nome e cognome (in stampatello)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="font-size: 1.2em; text-align: center;">MARISA UDELLA</p>
<p style="text-align: center;">Timbro e Firma (leggibile)</p> <p>Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p style="text-align: center;">ASL Cagliari U.O.C. Area Amministrativa Territoriale II. RESPONSABILE <i>(Firma leggibile)</i></p>