

1235

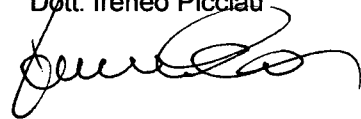
24 NOV. 2015

Allegato "A"

Presenza d'Atto Aggiornamento Individuale Fuori Sede
evento formativo **"Le problematiche fiscali nelle Aziende
Ospedaliere"** e **"Libera professione intramuraria e contabilità
separata nelle Aziende Sanitarie"** dei dipendenti Antonio Tognotti
(matr. n.52695) e Valeria Mura (matr. 53074) –
Cagliari, 12, 13 novembre 2015

Il presente allegato è composto
di n. 7 fogli, di n. 7 pagine

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



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 ANTONIO TOGNOTTI
Nato/a a ORISTANO Il (gg/mm/aaaa) 18/02/1965
Matricola n. _____
Struttura di appartenenza V.O. CONTABILITÀ E BILANCIO
Indirizzo di lavoro VIA P. DELLA FRANCESCA 2 CAGLIARI
Posizione funzionale RESPONSABILE V.O.
Qualifica DIRIGENTE
Telefono /cellulare 609 38 16 e-mail ANTONIO.TOGNOTTI@ASL8CAGLIARI
Area contrattuale:
 Comparto
 Dirigenza Medica e Veterinaria
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Data (gg/mm/aaaa), 9/4/2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) ANTONIO TOGNOTTI

Firma (leggibile) [Firma]



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: LE PROBLEMATICHE FISCALI NELLE ASC E LA LIBERA PROFESSIONE INFRAMURARIA E CONTAB. SEPARATA

Sede: CAGLIARI

Data: da (gg/mm/aaaa) 12/11/2015 a (gg/mm/aaaa) 13/11/2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 18

Organizzatore: AOU DI CAGLIARI

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA OSPEDALE 54 CAGLIARI

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

Attività ECM? Si | No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

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

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

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>120,00</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 120,00

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:

Luogo: 9/11/2015 Data (gg/mm/aaaa): ASL CAGLIARI

Nome e cognome (in stampatello)

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

ANTONIO TOGNOTTI

Timbro e firma (leggibile)

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





AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

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. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a MURA VALERIA
Nato/a a OZIERI Il (gg/mm/aaaa) 20.01.1975
Matricola n. 53074
Struttura di appartenenza V.O. CONTABILITÀ E BILANCIO
Indirizzo di lavoro VIA. P. DELLA FRANCESCAL- SELARGIUS
Posizione funzionale COLLAB. AMM. TIPO
Qualifica _____
Telefono /cellulare 609 38 50 e-mail VALERIMURA@ASL8CAGLIARI

Area contrattuale:

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

Data (gg/mm/aaaa), 09.11.2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) VALERIA MURA

Firma (leggibile) Valeria Mura



3. Dati dell'attività formativa

Titolo: LE PROBLEMATICHE FISCALI NELLE ASL E LA LIBERA PROFESSIONE INTRA MURARIA E CONTABILITÀ SEPA RIVA
 Sede: CAGLIARI
 Data: da (gg/mm/aaaa) 12.11.2015 a (gg/mm/aaaa) 13.11.2015
 Durata effettiva dell'attività formativa in ore: 18 ORE
 Organizzatore: AOU DI CAGLIARI
 Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA OSPEDALE 54 CAGLIARI
 Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: _____
 Attività ECM? Sì | No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____
 Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____
 Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì | No
SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€ <u>120,00</u>
• Viaggio:	€
• Albergo:	€
• Pasti:	€
• Altre spese:	€

Totale spesa presunta: € 120,00

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:

AGGIORNAMENTO INDISPENSABILE PER L'ATTIVITÀ
DELL' U.O.C. CONTABILITÀ E BILANCIO

Luogo: SRLARGIUS

Data (gg/mm/aaaa): 9/4/2015

Nome e cognome (in stampatello)

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

ANTONIO TOGNOTTI

Timbro e firma (leggibile)

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

Antonio Tognotti

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO
