



Proposta N° 560 del 17/06/2015

**DETERMINA DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO**

N° 700 del 28 LUG. 2015

**OGGETTO:** Dott.ssa Pintus Rosella liquidazione corso aggiornamento professionale. – 27 marzo – 4 luglio 2015-

**Richiamato** l'Accordo Integrativo Regionale per la medicina specialistica ambulatoriale interna, B.U.R.A.S. 22/10/2009;

**Richiamato** in particolare l'art.5 ove si dispone:

- che in caso di carente offerta formativa da parte aziendale per la specifica specialità la ASL garantisce, nell'ambito dei percorsi formativi autogestiti e fino al raggiungimento dei crediti previsti per l'anno, la partecipazione dei professionisti con il riconoscimento di un permesso retribuito per i giorni di assenza e per le corrispondenti ore di incarico non svolte;
- la ASL inoltre deve assicurare il rimborso delle spese documentate e sostenute, fino a un budget di 2000,00 per ogni specialista, se gli eventi ai quali partecipano sono coerenti con gli obiettivi formativi aziendali;

**Visti**

- l'atto Aziendale;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, con le successive integrazioni, in vigore dal 08.07.2010;
- la Legge Regionale n 10/2006;  
la Deliberazione della Giunta Regionale 41/10 del 08.09.2009;
- La Deliberazione del Direttore Generale n 772/A del 04.11.2008 avente ad oggetto Attribuzione delle Deleghe ai Direttori del Distretto, del P.O., DSM e Dip. Prevenzione;
- La Deliberazione n° 119 del 17/04/2012 avente ad oggetto Il conferimento incarico al Direttore del Distretto;
- La Deliberazione n° 403 del 25/10/2012 avente ad oggetto Il conferimento incarico al Responsabile del Servizio Cure Primarie e Specialistica ambulatoriale;



### **Vista**

- la richiesta inoltrata dalla dott.ssa Pintus Rosella, medico specialista ambulatoriale interno per la branca di oculistica, in servizio presso questa ASL con incarico a tempo indeterminato, per poter partecipare al percorso formativo organizzato dalla SiFoP (società italiana di formazione permanente per la medicina specialistica) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma dal titolo "LA MEDICINA VERSO LA COMMUNITY CARE" suddiviso in n 5 moduli da svolgersi nel periodo marzo – luglio 2015;
- la richiesta di rimborso spese presentata dalla professionista per la partecipazione al corso di formazione;

**Accertata** la partecipazione al percorso formativo del professionista nei giorni 27-28 marzo, 8-9-22-23 maggio, 12-13 giugno e 3-4 luglio come indicato negli attestati di presenza, allegati alla presente;

### **Acquisite**

- le ricevute di spesa sostenute dalla professionista per la partecipazione al corso di formazione per un importo totale di € 2.046,42 come da distinta riepilogativa allegata al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

**Dato atto** che la specialista per l'anno 2015 non ha percepito rimborsi di questa natura come previsto dall'A.I.R.;

### **Ritenuto**

pertanto di liquidare alla dott.ssa Pintus Rosella l'importo massimo di € 2.000,00 come previsto dal budget individuale per le spese sostenute per la partecipazione al percorso formativo;

## **DETERMINA**

Per i motivi espressi in premessa

**Di autorizzare** alla dott.ssa PINTUS Rosella, medico specialista ambulatoriale nella branca di oculistica, il rimborso di € 2000,00, per la partecipazione al percorso formativo organizzato dalla SiFoP (società italiana di formazione permanente per la medicina specialistica) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma dal titolo "LA MEDICINA VERSO LA COMMUNITY CARE" suddiviso in n 5 moduli svoltosi nel periodo 27 marzo – 4 luglio 2015, come distinta riepilogativa allegata alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL 4 Lanusei

- 
- Di liquidare** alla professionista l'importo complessivo di € 2.000,00 in aggiunta alle competenze mensili;
- Di far gravare** la spesa di cui sopra sul conto A502020611 Competenze medici titolari del budget per l'anno 2015;
- Di trasmettere** copia della presente Determinazione al Comitato Consultivo Zonale per la Specialistica Ambulatoriale di Nuoro per quanto di competenza;
- Di incaricare** il Servizio Medicina di Base e il Servizio Bilancio per gli adempimenti di propria competenza.

Il responsabile cure primarie e spec.ca  
dr Andrea Loddo

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO**

**Dott. SANDRO RUBIU**



Proposta N° 560 del 17/06/2015

**DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO** \_\_\_\_\_

N° 700 del 28 LUG. 2015

Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente determinazione è pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

28 LUG. 2015

A.S.L. n° 4 - LANUSEI  
Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali  
Dr. Antonio Mario Loi  
AZ. U.S.L. n° 4 - LANUSEI  
IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
AFFARI GENERALI E LEGALI  
Dr. Loi Antonio Mario

Protocollo n° PG/2015/ 16940 del 20 LUG. 2015

**DESTINATARI:**

- Servizio AA.GG. e Legali
- Commissario Straordinario
- Collegio Sindacale
- Servizio Bilancio
- Distretto - Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale
- \_\_\_\_\_

**ALLEGATO N 1****PDT N 560 DEL 17/06/2015****RIEPILOGO SPESE CORSO AGGIORNAMENTO****27 marzo - 4 luglio 2015**

DOTT.ssa PINTUS ROSELLA

SPESA		FATT/ RIC		IMPORTO
		DATA	NUMERO	
ISCRIZIONE AL CORSO	UNIVERSITA' CATTOLICA ROMA	13/05/2015	CX000335	1502,00
SOGGIORNO	<b>GESTIONE TURISMO srl</b>	16/03/2015	1553/2015	109,25
SOGGIORNO	<b>GESTIONE TURISMO srl</b>	28/03/2015	1798/2015	8,00
SOGGIORNO	<b>GESTIONE TURISMO srl</b>	08/04/2015	1992/2015	139,25
SOGGIORNO	<b>GESTIONE TURISMO srl</b>	09/05/2015	2661/2015	8,00
BIGLIETTI AEREO	<b>ALITALIA</b>	26/03/2015	552162614189	139,96
BIGLIETTI AEREO	<b>ALITALIA</b>	07/05/2015	552320570091	139,96
<b>TOTALE RIMBORSO</b>				<b>2.046,42</b>
<b>MAX</b>				<b>2.000,00</b>

IL RESPONSABILE CURE PRIMARIE E SPEC,CA AMB.LE

Dott. ANDREA IODDO  


IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Dott. SANDRO RUBIU  


PG-2015/12781  
03/06/15

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANUSEI

Allegato 1

Distretto di \_\_\_\_\_

Poliambulatorio di \_\_\_\_\_

Richiesta emolumenti di cui all'Art. 5 comma 2 dell'AIR 411/10 del 2009

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa ROSELLA PINTUS nata a LOTZORAI

Prov. stato estero (OG) e residente a LOTZORAI prov. (OG)

via MONVISO n° 26 Tel. N° 3387636408

Titolare di incarico ai sensi dell'accordo collettivo nazionale vigente per complessive 38 ore settimanali, di cui \_\_\_\_\_ presso codesta Azienda, nella disciplina \_\_\_\_\_

Avendo partecipato all'evento formativo Corso di alta formazione "La medicina specialistica verso la community care"

tenutosi a ROMA presso UNIVERSITA' CATTOLICA

dal 27/03/2015 al 04/07/2015 del Sacro Cuore

Si chiede pertanto il pagamento di:

spese documentate € 2000,00

Si allega alla presente copia del programma scientifico dell'evento formativo e, copia del certificato di partecipazione al corso stesso


LANUSEI il 28/05/15

Lo specialista ambulatoriale  
[Firma]  
A.S.L. N° 4 - LANUSEI  
SERVIZIO OCULISTICO  
Dott.ssa Rosella Pintus

N. B.: il presente documento è utilizzabile per la richiesta di accesso ai fondi per la formazione e la sottoscrizione dello stesso e la firma, comporta l'assunzione della responsabilità derivante da dichiarazioni o certificazioni false o mendaci o rese in modo fraudolento.

*Lucrezia Cas*  
*Aspe b Nian*  
*Anton?*  
*prom-bisfin*  
*[Firma]*

PG/2015/5698  
del 09/03/2015

 <b>ASL Lanusei</b>	<b>Richiesta aggiornamento individuale esterno</b>	<b>MOD</b> For10/09	<b>Prog.</b> 10 di 20
		<b>Alla Direzione Generale</b> <b>S. Sviluppo organizzativo e risorse umane</b>	

Struttura di appartenenza	DISTRETTO
Nome e Cognome	ROSELLA PINTUS
Recapiti	Tel. 338 76 36 408 Indirizzo e mail roselle.pintus57@Tiscali.it
Titolo dell'evento/ progetto formativo	"La medicina specialistica verso la comunità care"
Tipologia di evento	Formazione residenziale (specificare) _____ Formazione sul campo (specificare) _____
Luogo, data /periodo di svolgimento (allegare programma)	vedi programma ROMA 27-28-03-15 8-9-22-23/05/15 12-13-06-15 3-4/07-15
Autorizzazione responsabile della struttura	L'evento formativo, coerente con gli obiettivi formativi del PFA, si propone sia fruito in <input type="checkbox"/> aggiornamento obbligatorio <input type="checkbox"/> aggiornamento facoltativo  Data e firma responsabile/direttore UO/dipartimento
Costi diretti (stima)	Quota di iscrizione 1500€ (MILLECINQUECENTO) Viaggio 500€ (CINQUECENTO) Soggiorno _____
Sponsorizzazione Indicare eventuali dati di dettaglio dello sponsor	<input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Fondo degli specialisti
Data e firma dell'interessato	Roselle Pintus 06-03-2015
Approvazione/diniego da parte della direzione aziendale	Si autorizza il richiedente alla partecipazione all'evento formativo indicato Si esprime diniego alla richiesta di partecipazione all'evento formativo indicato motivazione: _____