



adottata dal Direttore Generale in data 20 MAG. 2014

**Oggetto:** corso di formazione dal titolo “Retraining BLSD – esecutore aziendale”.  
Versamento contributo per l’accreditamento dell’evento formativo.

Su proposta del Dirigente Responsabile dell’Ufficio Formazione e Qualità, il quale:

- Premesso** che l’Azienda, con deliberazione n° 454 del 19/03/2014, ha attivato trenta edizioni di retraining del corso dal titolo “BLSD – esecutore aziendale”, da destinare a tutto il personale sanitario che ha già svolto il suddetto corso BLSD;
- Considerato** che i soggetti pubblici riconosciuti come provider, in base a specifiche disposizioni normative (DGR Sardegna 52/94 del 23 dicembre 2011 e nota Assessorato Regionale Sanità prot. n° 2777/2013) devono versare a favore della Regione Autonoma della Sardegna un contributo per l’accreditamento di ciascun evento formativo entro novanta giorni dalla data di fine erogazione dell’attività formativa;
- Rilevato** che nel caso di erogazione di più edizioni del medesimo evento formativo il contributo deve essere versato entro i novanta giorni dal termine della prima edizione;
- Preso atto** del regolare svolgimento della prima edizione del corso;
- Acquisito** il prospetto elaborato dalla Regione Sardegna unitamente all’Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari (AGE.NA.S.) dal quale risulta che il contributo da versare per l’accreditamento dell’evento formativo in oggetto è pari ad € 172,15;
- Ritenuto** di dovere pertanto provvedere a versare l’importo di € 172,15 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l’accreditamento del corso in oggetto;

#### IL DIRETTORE GENERALE

**PRESO ATTO** dell’istruttoria svolta dal Dirigente Responsabile dell’Ufficio Formazione e Qualità, che ha istruito ed espletato la pratica in ogni sua parte;

**SENTITI** il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;



## DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

1. di disporre la liquidazione dell'importo di € 172,15 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accreditamento dell'evento formativo dal titolo "Retraining BLSD - esecutore aziendale";
2. di demandare al Servizio Bilancio l'immediato pagamento del citato importo mediante bonifico sul conto n° 0305983 in essere presso la sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato di Cagliari (Bankit) intestato alla Regione Autonoma della Sardegna (codice fiscale n° 80002870923);
3. di disporre che nella causale di pagamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 – accreditamento corso di formazione "Retraining BLSD - esecutore aziendale";
4. di demandare al Responsabile dell'Ufficio Formazione e Qualità gli adempimenti derivanti dall'adozione del presente atto deliberativo;
5. di imputare la spesa complessiva presunta di € 172,15 sul codice n° 10110117 (Costi Comuni Direzione Generale);
6. di imputare il costo di € 172,15 sul codice n° 0506030205 (spese per corsi di formazione e aggiornamento).

Il Direttore Generale  
Dr. Maurizio Calamida,

Il Direttore Amministrativo  
Dr. Claudio Ferri



Il Direttore Sanitario  
Dr. Andrea Corrias

Il Resp.le Ufficio Formazione e Qualità  
Dr. Gianfranco Desogus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
Azienda Sanitaria n° 7 - Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione  
n. 805 del 20 MAG. 2014

è stata pubblicata

nell'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7

a partire dal 22 MAG. 2014

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione

Archivio deliberazioni del sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it)



Servizio Affari Generali

*Parla*



### Inserimento del contributo Evento

<b>Ragione Sociale:</b>	ASL 7 CARBONIA	<b>Id Provider:</b>	2
<b>Evento n°</b>	599 (RES)	<b>Edizione n°</b>	1
<b>Titolo:</b>	RETRAINING BLS	<b>Riduzione:</b>	SI
<b>Crediti:</b>	7	<b>Partecipanti:</b>	24

**Il contributo da versare è di € 172,15**  
**IBAN: girofondo su conto n. 0305983 presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit)**  
**Intestato a: REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Codice ad inizio causale: ECM R09**

*Non è possibile inserire gli estremi del contributo se l'evento non è ancora concluso.*

**Modalità di pagamento:**  Conto Corrente Postale  Bonifico Bancario  Mandato di pagamento

#### Conto Corrente Postale

fac-simile di bollo dell'Ufficio Postale

	Sezione			
Ufficio Postale	55709	14	13-02-03	Data Versamento
Progressivo delle operazioni svolte	0090		€ 33,00	Importo Versato
Progressivo del CC postale	VCY 0263		€ 1,00	Tassa Postale

Sezione : \_\_\_\_\_

Data Versamento : \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Ufficio Postale : \_\_\_\_\_

Progressivo operazioni svolte : \_\_\_\_\_

Importo Versato : \_\_\_\_\_ €

Progressivo CC postale : \_\_\_\_\_

Tassa postale : \_\_\_\_\_ €

