



10 NOV. 2014

adottata dal Direttore Generale in data _____

Oggetto: corso di formazione di psicopatologia e assistenza per la salute mentale. 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° 1700 del 21/10/2014, ha attivato due edizioni del corso dal titolo "Psicopatologia e assistenza per la salute mentale";
- 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** dello svolgimento della prima edizione del corso in oggetto;
- 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 € 215,19;
- Ritenuto** di dovere pertanto provvedere a versare l'importo di € 215,19 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:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda Sanitaria n° 7 - Carbonia

1. di disporre la liquidazione dell'importo di € 215,19 a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese per l'accreditamento del corso di formazione dal titolo "Psicopatologia e assistenza per la salute mentale";
2. di demandare al Servizio Bilancio il 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 di psicopatologia e assistenza per la salute mentale";
4. di demandare al Responsabile dell'Ufficio Formazione e Qualità gli adempimenti derivanti dall'adozione del presente atto deliberativo;
5. di imputare la spesa di € 215,19 sul codice n° 10920501 (Costi Comuni Dipartimento Salute mentale e delle Dipendenze) del piano dei centri di rilevazione aziendale;
6. di imputare il costo di € 215,19 sul codice n° 0506030205 (spese per corsi di formazione e aggiornamento) del piano dei conti aziendale.

Il Direttore Generale
Dr. Maurizio Calamida

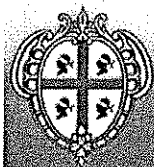
Il Direttore Amministrativo
Dr. Claudio Ferri

Il Direttore Sanitario
Dr. Andrea Corrias



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

A



Regione Sardegna
Organismo Regionale per
la Formazione in Sanità

E.C.M.



agenas

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > [Inserisci Contributo](#)

ASLSETTE Log Out

Inserimento del contributo Evento

Ragione Sociale: ASL 7 CARBONIA **Id Provider:** 2
Evento n° 875 (RES) **Edizione n°** 1
Titolo: CORSO DI FORMAZIONE DI PSICOPATOLOGIA E ASSISTENZA PER LA SALUTE MENTALE **Riduzione:** SI
Crediti: 15 **Partecipanti:** 35

Il contributo da versare è di € 215,19
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 : €



[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)