



Deliberazione n° 2053

adottata dal Direttore Generale in data 17 DIC. 2014

**Oggetto:** corso di formazione dal titolo “Sicurezza in risonanza magnetica”. 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° 1677 del 20/10/2014, ha attivato due edizioni del corso dal titolo “Sicurezza in risonanza magnetica”, da destinare al personale dell’UO di diagnostica per immagini di Iglesias;
- 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 "Sicurezza in risonanza magnetica";
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 "Sicurezza in risonanza magnetica";
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° 10540301 (diagnostica per immagini PO Santa Barbara);
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

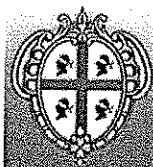
n. 2053 del 17 DIC. 2014  
è stata pubblicata

nell'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 7  
a partire dal 18 DIC 2014

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione  
Archivio deliberazioni del sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it)



Servizio Affari Generali



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°** 862 (RES) **Edizione n°** 1  
**Titolo:** LA SICUREZZA IN RISONANZA MAGNETICA **Riduzione:** SI  
**Crediti:** 6 **Partecipanti:** 20

*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	55/709	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/mn/aaaa)

Ufficio Postale :

Progressivo operazioni svolte :

Importo Versato : €

Progressivo CC postale :

Tassa postale : €



[Documenti](#) [Normativa](#) [Assistenza](#) [Link uti](#)