

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 289 DEL 24 /03 / 2014

OGGETTO: Versamento contributo Annuo – ASL 2 di Olbia, Accreditamento Provider ID: 6

L'anno duemilaquattordici il giorno _____ del mese di _____ in
Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gianfranco Casu

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

Su proposta del Dirigente Responsabile del Servizio Formazione dott. Luigi Collu:

PREMESSO che la Regione Autonoma della Sardegna, con determinazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, n.91 del 07/02/2013 protocollo n. 0003753, ha accreditato l'Asl 2 di Olbia quale Provider provvisorio di Educazione Continua in Medicina assegnando alla medesima Azienda l'identificativo n.6;

VISTA la delibera del Direttore Generale della Asl 2 di Olbia, n. 3472 del 17/12/2012, con la quale questa Azienda recepisce le deliberazioni della Giunta Regionale n. 52/94 del 23/12/2011; n. 32/74 del 24/07/2012; n. 32/79 del 24/07/2012 e n. 32/80 del 24/07/2012, inerenti principi e indirizzi contenuti nei provvedimenti riformatori del sistema ECM della Regione Autonoma della Sardegna;

VISTO il D.M. del 26 febbraio 2010 recante la disciplina del contributo spese;

VISTA la delibera del D.G. della Asl 2 di Olbia n. 584 del 04/03/2013, con la quale si è provveduto al pagamento della somma di € 2.582,28 a titolo di contributo spese per l'accreditamento della Asl 2 di Olbia quale Provider provvisorio di Educazione Continua in Medicina (ECM);

ATTESO che la Regione Sardegna, in accordo con quanto stabilito dalla legge finanziaria 23 dicembre 2000, n. 388, e ai sensi dell'art. 16-ter del D.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, vincola l'accreditamento dei soggetti pubblici e privati al preventivo versamento di un contributo annuale di €. 2.582,28, così come fissato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC);

RITENUTO pertanto di dover procedere per l'anno 2014 al pagamento della somma di € 2.582,28 (duemilacinquecentoottantadue/28);

VISTI: il D. Lgs n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
la L./Fin. n. 388/00;
la L.R. n. 10/2006;
la L.R. n. 10/1997 e successive modifiche ed integrazioni
l' Atto Aziendale;

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

- di versare l'importo di € 2.582,28 (duemilacinquecentoottantadue/28) a favore della Regione Autonoma della Sardegna a titolo di contributo spese anno 2014, per la prosecuzione dell'accreditamento dell'Azienda Asl 2 di Olbia, quale Provider provvisorio ECM;
- di incaricare il Servizio Contabilità e Bilancio al versamento, con carattere d'urgenza, del citato importo, mediante girofondo sul conto n. 0305983, in essere presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari (bankit), intestato a: Regione Autonoma della Sardegna - C.F. 80002870923;
- di disporre che nella causale di versamento sia riportata la seguente dicitura: "ECM R09 – Versamento ai sensi della legge finanziaria 23 dicembre 2000 n. 388, contributo anno 2014 – Accredito Provider ID: 6 (Olbia)", e di trasmettere al Servizio Formazione copia dell'ordinativo, per il successivo inserimento, da parte di quest'ultimo, degli estremi dell'ordinativo di pagamento nella piattaforma Age.na.s.;
- di imputare il costo di € 2.582,28 (duemilacinquecentoottantadue/28), sul conto n. 0506030205 – denominato: spese per corsi di formazione e aggiornamento professionale.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott.ssa Maria Serena Fenu)

F.to digitalmente

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Gianfranco Casu)

F.to digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Giovanni Antonio Fadda)

F.to digitalmente

*Il Direttore della Struttura Semplice
del Servizio Formazione Aziendale
Dott. Luigi Collu*

*L'Assistente Amministrativo
Rag. Angela Pinna*

(DA COMPILARE A CURA DEL SERVIZIO/STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(Luogo e data) _____, ____/____/____;

la presente deliberazione:

- è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettera a),b),c), della Legge Regionale 28/07/2006 n. 10.
- Deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'art. 29, comma 2, della Legge Regionale 28/07/2006 n.10.

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____(proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

Dal _____, e che:

- è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della legge Regionale 28/07/2006 n. 10.
- con lettera in data ____/____/____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'art. 29 della Legge Regionale 28/07/2006 n. 10

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

- è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della legge Regionale 28/07/2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.
- è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28/07/2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.
- è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28/07/2006 n. 10.

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso:

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali