

UOS Formazione

**Il dirigente della UOS Formazione
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 844 del 30/10/2019

OGGETTO: RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO SOSTENUTE DALLA DR.SSA C.S. CIRCA LA PARTECIPAZIONE IN QUALITA' DI DOCENTE AL CORSO DAL TITOLO "RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.13: PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE" CODICE AGENAS 1270-273431 SVOLTO IN DATA 19/09/2019

Esercizi/o 2019 - conto 502020302 Centri/o di costo .

- **Importo presente Atto: € 88,75**

- **Importo esercizio corrente: € 88,75**

Budget

- **Assegnato: € 400.000,00**

- **Utilizzato: € 122.594,55**

- **Residuo: € 277.316,70**

Autorizzazione n°: 2019/72137.2077

Servizio Risorse Economiche: **Cinzia Bomboni**

UOS Formazione Proposta n° DT-854-2019

L'estensore

Massimo Bisozzi

Il Responsabile del Procedimento

Tiziana Lavalle

Il Dirigente della UOS Formazione

Tiziana Lavalle

La presente determinazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

- Giustificativi di spesa viaggio
- Scheda anagrafica e modalità di pagamento
- conflitto di interesse, rinuncia compenso docenza
- Accettazione incarico
- Incarico docenza

Il Dirigente della UOS Formazione

- VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO il Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- VISTA la Legge Regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- VISTA la delibera del 29 settembre 2010 n.753 con la quale è stato istituito l'Ufficio Formazione degli IFO;
- VISTA la delibera del 30 novembre 2010 n.939 con la quale è stato integrato e modificato il predetto provvedimento 753/2010;
- VISTA la delibera n. 232 del 14 aprile 2015 avente ad oggetto "Adozione del Regolamento di Organizzazione Funzionamento degli IFO" prevedendo la UOS Ufficio Formazione inserita all'interno della UOC Risorse Umane;
- VISTA La deliberazione n.° 173 del 28 Febbraio 2019, con la quale è stato approvato il Piano Formativo Aziendale 2019 (PFA), che demanda per quanto di competenza all'Ufficio Formazione, gli adempimenti organizzativi ed amministrativi connessi alla realizzazione delle attività di formazione obbligatoria e facoltativa, attivando ove previsto, le procedure necessarie agli accreditamenti ECM, in qualità di provider presso l'A.GE.NA.S.;
- PREMESSO che in data 19/09/2019 si è svolto l'evento formativo previsto nel PFA 2019, proposto dalla Dr.ssa Assunta De Luca, avente come titolo "Raccomandazione Ministeriale n.13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, procedura sulla contenzione fisica temporanea dei

pazienti e procedura sulla gestione del trauma cranico minore dopo caduta accidentale” codice accreditamento AGENAS 1270-273431;

CONSIDERATO che nel programma del citato evento formativo, su indicazione del responsabile scientifico Dr.ssa Assunta De Luca, è stata individuata quale relatrice la dr.ssa Cinzia Sestini;

VISTA la richiesta di incarico docenza inviata alla Dr.ssa Cinzia Sestini nella quale viene specificato che a fronte del Suo intervento in qualità di docente è previsto un rimborso per le spese di viaggio;

VISTA la documentazione sottoscritta dalla dr.ssa Cinzia Sestini inerente l'accettazione di incarico didattico, la dichiarazione sul conflitto di interessi e la rinuncia al compenso per l'attività di docenza;

VISTA la richiesta di rimborso, presentata dalla Dr.ssa Cinzia Sestini, contenente la rendicontazione delle spese di viaggio sostenute circa la partecipazione in qualità di docente al citato evento, per un totale di € 88,75 riferite in particolare a:

- Spese di viaggio A/R € 88,75

ACCERTATO da parte della UOS Formazione il regolare svolgimento della docenza da parte della Dr.ssa Cinzia Sestini, nonché, visionati i giustificativi di spesa riferiti ai costi di viaggio dalla stessa sostenuti, per un importo complessivo di € 88,75;

RITENUTO pertanto opportuno di:

- Procedere al rimborso della somma di € 88,75 in favore della Dr.ssa Cinzia Sestini in ragione delle spese di viaggio sostenute circa la partecipazione all'evento dal titolo “Raccomandazione Ministeriale n.13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, procedura sulla contenzione fisica temporanea dei pazienti e procedura sulla gestione del trauma cranico minore dopo caduta accidentale” codice accreditamento AGENAS 1270-27343;
- far gravare la relativa spesa di € 88,75 sul conto n.502020302 bilancio

2019;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994, n. 20 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 7 agosto 1990, n. 241, come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

ATTESTATO altresì che il presente provvedimento è predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

DETERMINA

Per i motivi esposti in narrativa di:


- Procedere al rimborso della somma di € 88,75 in favore della Dr.ssa Cinzia Sestini in ragione delle spese di viaggio sostenute circa la partecipazione all'evento dal titolo "Raccomandazione Ministeriale n.13: prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, procedura sulla contenzione fisica temporanea dei pazienti e procedura sulla gestione del trauma cranico minore dopo caduta accidentale" codice accreditamento AGENAS 1270-273431
- far gravare la relativa spesa di € 88,75 sul conto n.502020302 bilancio 2019;
- La U.O.C. Risorse Umane curerà gli adempimenti relativi al pagamento della somma di cui alla presente determinazione.

La UOS Formazione curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOS Formazione

Tiziana Lavalle

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

 UO Formazione	Incarico di docenza per eventi formativi a docenti esterni	Allegato al Regolamento	Rev. 1
	M.FOR-02	Data emissione 10/06/2019	Pagina 1 di 1

Alla C. A.

Dott.ssa CINZIA SESTINI
 Responsabile PO Coordinamento aziendale Patient Safety Manager e
 attività di Management e Sicurezza del Paziente
 Sede operativa di Arezzo
 Via Curtatone 54, III Piano

Oggetto: incarico di docenza

Gent.mo/a Dott./ssa CINZIA SESTINI,

con la presente chiedo alla S.V. la disponibilità a partecipare all'evento formativo seguente:

TITOLO _ Raccomandazione Ministeriale n. 13: Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, procedura sulla contenzione fisica temporanea dei pazienti e procedura sulla gestione del trauma cranico minore dopo caduta accidentale"

Previsto presso IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri IFO ROMA_ il 19 SETTEMBRE 2019

Organizzato da IRCCS IFO ROMA_.

L'evento formativo è accreditato ECM.

Per il Suo intervento in qualità di docente è previsto il rimborso spese di viaggio a seguito degli scontrini di viaggio.

Il Suo contributo didattico contribuirà ad aumentare le conoscenze al personale sanitario degli IFO pertanto diventa essenziale per l'impatto atteso della formazione.

Nel ringraziarLa, si allega il modulo di accettazione (M FOR 19) da rinviare per attivare i successivi procedimenti.

In attesa di poterLa incontrare, Le porgo cordiali saluti.

Data 26 luglio 2019

Firma del Responsabile Scientifico dell'evento



 UO Formazione	ACCETTAZIONE INCARICO DIDATTICO	Allegato al Regolamento	Rev. 0
	M.FOR-19	10/10/2018	Pagina 1 di 2

Al Responsabile della UO Formazione

Il sottoscritto SESTINI CIWUA

Nato a AREZZO il 29.05.1962 Codice Fiscale SSTCNZ62E69A390F

Residente a AREZZO Via/Piazza CRIVANI N. 162

cap 52060 tel. n. _____ cell. n. 338/950017 e-mail

ciwie.sestini@uslsuplest.toscanao.it

Iscritto Albo Ordine N. Iscrizione 582 Provincia AR

titolare di Partita IVA individuale (persona fisica) _____

Persona Giuridica denominazione _____

Sede Legale _____

Partita IVA _____


DICHIARA di accettare l'incarico didattico per:

CORSO PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI

Durata 9.00 - 9.45 Periodo 19 SETTEMBRE

in ottemperanza del Codice Etico della UO Formazione, di non essere coniuge, il convivente, il parente e l'affine, del Responsabile della UO Formazione o di un componente della Direzione Strategica o delle Direzioni Scientifiche o delle Direzioni Dipartimentali interessate all'evento formativo.

- Titolo di studio: _____
(indicare il più elevato. Es. laurea, scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, ecc)


 UO Formazione	ACETTAZIONE INCARICO DIDATTICO	Allegato al Regolamento	Rev. 0
	M.FOR-19	10/10/2018	Pagina 2 di 2

	- Descrizione titolo di studio: <u>LAURIA MAGISTRALE IN SCIENZE INF. OSTETRICHE</u> (es: scienze giuridiche, economia aziendale, ecc.)
- Cittadinanza:	<u>ITALIANA</u> (e per i soli cittadini extracomunitari)
- Data richiesta permesso di soggiorno:	_____ - Scadenza permesso di soggiorno: _____
- Motivo permesso di soggiorno:	_____
(sono considerati solo permessi di soggiorno rilasciati per la causale lavoro)	

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione in Italia e all'estero dei propri dati personali da degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ai sensi di quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e successive integrazioni.

Allega:

- curriculum *vitae et studiorum* in formato europeo
- per i soli cittadini extracomunitari copia del permesso di soggiorno.

Luogo e data 25.07.2018 Firma 

 UO Formazione	DICHIARAZIONE SUL CONFLITTO DI INTERESSI DI MODERATORI, RELATORI, FORMATORI, TUTOR, DOCENTI.	Allegato al Regolamento	Rev. 2
	M.FOR-11	10/10/2018	Pagina 1 di 1

Il sottoscritto SESTINI CINZIA,

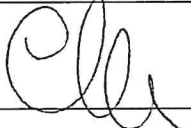
in qualità di moderatore relatore formatore tutor docente,


ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012, per conto del ISTITUTI FISIOTERAPIE OSPITALIERI (nome del Provider)
PROVIDER n° 1270

DICHIARA

che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti, anche di finanziamento, con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Data 25.04.2019

Firma 

 UO Formazione	RINUNCIA AL COMPENSO PER L'ATTIVITÀ DI DOCENZA	Allegato al Regolamento	Rev. 1
	M.FOR-20	10/10/2018	Pagina 1 di 1

RINUNCIA AL COMPENSO PER L'ATTIVITÀ DI DOCENZA

Roma 25/07/2019

All' UO Formazione

Oggetto: *Rinuncia al compenso per l'attività di docenza - RICHIESTA RIMBORSO VIAGGIO*

Il/la sottoscritto/a : SESTINI CINZIA

Nato/a : AREZZO IL 29.05.1962

Codice Fiscale: SSTCNZ62E69A390F

Con la presente dichiara di aver preso visione della delibera n. 214 del 12.03.2013 relativa al pagamento docenze e di rinunciare al compenso relativo alla docenza effettuata in occasione dell'evento di seguito riportato:

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI

Diffusione delle procedure aziendali su: raccomandazione ministero n.13, misure di contenzione fisica temporanea, gestione trauma cranico minore a seguito di caduta del paziente

La sottoscritta richiede il rimborso spese viaggio

Id. Edizione

Data: dal 19/09/2019 al dal 19/09/2019

Responsabile Scientifico DOTT.SSA DE LUCA ASSUNTA



(FIRMA)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Sesso
SESTINI	CINZIA	F

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
29.05.1962	AREZZO	AR

Codice Fiscale															
S	S	T	C	N	Z	6	2	E	6	9	A	3	9	0	F

Codice di identificazione fiscale estero/TAX personal Code/ID															

P.IVA/ Partita Iva									

Tipologia Contrattuale Lavorativa		
Dipendente <input checked="" type="checkbox"/>	Libero Professionista <input type="checkbox"/>	Altro: _____

Professione
INFERMIERA

Residenza				
Via	N.	Comune	Prov.	Cap
CHIANI	162	AREZZO	AR	52100

Domicilio se diverso dalla residenza				
Via	N.	Comune	Prov.	Cap

Recapito (da compilarsi solo se diverso dai precedenti indirizzi)

Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail	Telefono	Fax	Cellulare
cinzia.sestini@uslsudest.toscana.it			338 9568017

RIMBORSO SPESE

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

Versamento su c/c con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetici, senza barre o virgole, come da esempio a lato)										ABI			CAB			Numero conto corrente										
										IT 96			W 05856			11601 050570111111										
CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI			CAB			NUMERO DI CONTO CORRENTE																	
I	T	4	1	E	0	3	1	1	1	1	4	1	9	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	8	5

Rinuncia al pagamento del compenso

SOLO RIMBORSO SPESE

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	<i>17.10.2019</i>	Firma	<i>[Signature]</i>
------	-------------------	-------	--------------------

* **Importante:** allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la **copia della carta di identità** in corso di validità.

INFORMATIVA AI FINI DELLA PRIVACY

S'informa che, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 sulla tutela dei dati personali, si autorizza gli IFO a trattare i dati raccolti con la presente dichiarazione in modo lecito e secondo correttezza per le finalità connesse all'erogazione dei compensi nonché per gli adempimenti imposti dalla legge.

Data	<i>17.10.2019</i>	Firma	<i>[Signature]</i>
------	-------------------	-------	--------------------



UTILIZZABILE IL 19/09/19
Emit 0083 Vett 0083 TRENTALIA S.P.A. VALGONO LE CONDIZIONI DEL VETTORE

Partenza	ARRIVO	Classe
ROMA	AREZZO	2

VIA ATT. BOM³
DA ESIBIRE IN CASO DI CAMBIO DATA

KM 229

TARIFFA 39/AS
VALE 4H DA CONVALIDA

POS EUR ****14,75

P. IVA 05403151003

TOT. BIGL. N. 1
1217590145 AREZZO

0764BH4344510
180919 09:16 30663 - 4 NON FISCALE

Distribuito da:



GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

AREZZO	19/09/2019 06:36		
ROMA TERMINI	19/09/2019 07:43	2° Standard	
FRECCIAROSSA 9685	8	3A	1 ADULTO

LICENZA TAXI N. ROMA CAPITALE
4815

Le porte del treno si chiudono 1 minuto prima della partenza
BASE
CIV/Vettore 0083 TRENTALIA S.p.A. P.IVA 05403151003
Contratto di trasporto singolo
Valgono le condizioni, il diritto e il foro dei vettori che hanno stipulato il contratto di trasporto

Tagliando 1 di 1 N°: 1217590141
PNR: NFM575 CP: 668701

Trasporto Trentitalia 42.00 €
Totale 42.00 €
POS 42.00 €

Tagliando non fiscale
Distribuito in nome e per conto dei vettori da: 0083 TRENTALIA
AREZZO 30663 4 Biglietteria
18/09/2019 09:16
AVVERTENZE DI CONSERVAZIONE: mantenere lontano da luce e fonti di calore, evitare il contatto diretto con materiali plastici.

ORA DI ARRIVO	ORA DI PARTENZA	DATA	A	PERCORSO DA	NOMINATIVO DEL CONDUCENTE	LICENZA TAXI N.	TARIFFA TASSAMETRICA	TARIFFA PREDETERMINATA
						ROMA CAPITALE 4815	IMPORTO TASSAMETRO	
							sconto del 10% nei casi previsti	
							BAGAGLI	
							di dimensioni superiori a cm 35X25X50	
							PASSEGGERI	
							€ 1,00 per passeggero dal quinto in poi	
							DIRITTO DI CHIAMATA DA RADIOTAXI	
							€ 3,50	
							TOTALE	€ 32.00
							FIRMA	<i>Bo</i>