REGIONE SICILIANA

# *Azienda Ospedaliera*

***di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione***

## *GARIBALDI*

**Catania**

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 159

Oggetto: Dott.ssa Ciccia Manuela, proroga frequenza volontaria semestrale presso l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale del P.O. Garibaldi Centro.

SETTORE : **U.O.S. FORMAZIONE**

Proposta n. 18 del 03 Giugno 2019

**Il Responsabile del procedimento**
**Dr.ssa Maria Bonaccorsi**

**Il Dirigente Responsabile**
**Dr.ssa Giuseppa Russo**

**Bilancio 2019**
Sub aggregato di spesa

C.E.

Reg.to al n.

Si attesta che la disponibilità del fondo del sopra riportato sub-aggregato è sufficiente a coprire la spesa prevista dal presente atto.

Per l'Ufficio Riscontro.....

Il Responsabile del Settore .....

SETTORE ECONOMICO FINANZIARIO
Visto:
Si conferma la suindicata disponibilità rilevata dal Settore e si iscrive nelle pertinenti utilizzazioni del budget

Li .....

L' addetto alla verifica della compatibilità economica

Lista di liquidazione n°

**Il Dirigente Responsabile del Settore**
**Economico Finanziario e Patrimoniale**
**(Dott. Gianluca Roccella)**

**Seduta del giorno** 06 GIU. 2019

Nei locali della sede legale dell'Azienda
Piazza S.M.di Gesù, 5 Catania

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Fabrizio De Nicola

Nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana 196/serv.1/S.G.del 4.4.2019, giusta art. 19 della Legge Reg.le n. 5/2009 ed art.2 del D.Lgs n. 171/2016

Con l'assistenza, quale Segretario del

del Dott. Francesco Giovanni Marangia
*Dott. Nicolò Romano*

ha adottato la seguente deliberazione

**Premesso** che, con nota n. 0006927, acquisita al protocollo generale dell'Azienda in data 03/05/2019, la Dott.ssa **Ciccia Manuela**, nata a CATANIA il 09/01/1993, in qualità di Infermiera, chiede di poter prorogare la frequenza volontaria presso l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale del P.O. Garibaldi Centro, al fine di approfondire la propria formazione professionale;

Vista la nota prot. 769/19 Formazione del 06/05/2019 con la quale il Tutor dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale dichiara che la precedente frequenza è stata svolta dal 09 Ottobre 2018 al 09 Aprile 2019 con esito positivo.

**Accertato** che hanno formulato parere favorevole il Direttore dell'U.O.C. sopra indicata, il quale ha indicato come Tutor l'Infermiera Ferrara Grazia, il Direttore Medico di Presidio Garibaldi Centro, l'Infermiera Ferrara Grazia, nonché la Direzione Sanitaria Aziendale;

**Considerato** che la frequenza di che trattasi non instaura alcun rapporto di impiego e che, pertanto, la Dott.ssa Ciccia Manuela, dovrà astenersi da qualunque prestazione di lavoro in sostituzione del personale in servizio e rispettare gli orari stabiliti con il Direttore dell'U.O.C. interessata;

Che alla stessa è imposto l'obbligo di non apportare danni diretti o indiretti all'Azienda Ospedaliera nell'espletamento della propria attività, che dovrà svolgersi durante le ore di servizio antimeridiane o pomeridiane vigenti per il personale dipendente e nel quadro organizzativo fissato dal Direttore della Unità Operativa, il quale al termine della frequenza curerà di produrre all'Ufficio competente una relazione che ne attesti il regolare e proficuo svolgimento;

Considerato, altresì, che l'inizio della frequenza di che trattasi è subordinato alla produzione da parte dell'interessata di apposita polizza assicurativa a copertura di ogni possibile rischio derivante o connesso alla frequenza stessa (infortuni e responsabilità civile verso terzi);

Viste le polizze assicurative trasmesse dall'interessata il 03/05/2019 prot. 0006928, a copertura di ogni possibile rischio derivante o connesso alla frequenza stessa (RC valida fino al 07/09/2019 - INF. valida fino al 10/09/2019);

Posto che la richiedente dovrà produrre integrazione delle polizze assicurative (RC e Infortuni) corrispondente all'intero periodo, pena decadenza della presente autorizzazione;

**Ritenuto**, per quanto sin qui esposto, potersi accogliere ed autorizzare, con decorrenza dalla data di adozione del presente atto, la proroga della richiesta di frequenza volontaria semestrale della Dott.ssa Ciccia Manuela, stante che risultano acquisiti i pareri, nonché le polizze assicurative di cui sopra;

Su proposta del Responsabile dell'U.O. S. Formazione

D E L I B E R A

Per i motivi esposti in premessa, che qui si intendono ripetuti e trascritti integralmente:

- **Accogliere ed autorizzare**, a decorrere dalla data di adozione del presente atto, la proroga della richiesta di ammissione alla frequenza volontaria semestrale, inoltrata dalla Dott.ssa Ciccia Manuela, in qualità di Infermiera presso l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale del P.O. Garibaldi Centro, stante che risultano acquisiti i pareri favorevoli del Direttore dell'U.O.C. in interesse, del Tutor,

Infermiera Ferrara Grazia, del Direttore Medico di Presidio Garibaldi Centro, nonché della Direzione Sanitaria Aziendale, ed inoltre, è stata acquisita apposita polizza assicurativa a copertura di ogni possibile rischio derivante o connesso alla frequenza stessa;

- **Disporre** che la richiedente dovrà produrre integrazione delle polizze assicurative (RC e Infortuni) corrispondente all'intero periodo, pena decadenza della presente autorizzazione;

- **Notificare** l'ammissione alla frequenza di che trattasi alla Dott.ssa Ciccia Manuela, al Tutor, alla Dr.ssa Scandurra Giuseppa, Responsabile del Servizio "Prevenzione e Protezione", al "Medico Competente" e al Direttore dell'U.O.C. in interesse il quale, al termine della frequenza, curerà di produrre all'Ufficio competente una relazione che ne attesti il regolare e proficuo svolgimento.

- **Munire** la presente deliberazione della clausola di immediata esecuzione.

Il Direttore Generale
(Dott. Fabrizio De Nicola)

Il Segretario
(Dott. Francesco Giovanni Marangia)

*Dott. Nicolò Romano*

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda il giorno _____ e ritirata il giorno _____

L'addetto alla pubblicazione

_____

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo della Azienda dal _____ al _____ - ai sensi dell'art.65 L.R. n.25/93, così come sostituito dall'art.53 L.R. n.30/93 - e contro la stessa non è stata prodotta opposizione.

Catania _____

Il Direttore Amministrativo

_____

Inviata all'Assessorato Regionale della Salute il _____ Prot. n. _____

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- [x] immediatamente
- [ ] perché sono decorsi 15 giorni dalla data di pubblicazione
- [ ] a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:
  a. nota di approvazione prot. n. _____ del _____
  b. per decorrenza del termine

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

_____