

Area: **BILANCIO**Responsabile Organizzativo: **Dott.ssa LAURA CARDINALI****“PCC - CERTIFICAZIONE CREDITI E TRASMISSIONE FATTURE”****Direttore Scientifico: Dott.ssa Laura Cardinali****PRESENTAZIONE E FINALITA’:**

*A seguito delle novità emanate dalla legge finanziaria 2016, la certificazione dei crediti c.d. PCC messa a disposizione dal MEF per i privati aventi rapporti commerciali con la P.A, ha subito importanti cambiamenti.*

*Il corso è finalizzato ad aggiornare gli operatori degli uffici Bilancio sulle nuove regole normative e gli adempimenti connessi.*

**OBIETTIVO GENERALE**

- la certificazione dei crediti
- il monitoraggio dei debiti dopo il D.L. 66/2014
- gli utilizzatori pubblici e privati
- le novità della Legge di stabilità

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

*(ricadute professionali, organizzative attese in termini pratici)*

Al termine del corso i partecipanti saranno in grado di:

1. certificare una richiesta di certificazione dei crediti
2. annullare una richiesta di certificazione dei crediti
3. comunicare gli stati delle fatture registrate sulla PCC

**AREA DI RIFERIMENTO**

Area Bilancio Asur

**Quali aree di competenza alimenta maggiormente l’attività formativa?**

*(indicare una sola opzione)*

- Competenze tecnico-specialistiche
- Competenze organizzativo/gestionali/di sistema
- Competenze di comunicazione/relazionali di processo

**SCOPO PREVALENTE:**

(specificare: max 2 scelte)	prova finale da fornire:
<input checked="" type="checkbox"/> Accrescere conoscenze teoriche	Questionario
<input type="checkbox"/> Stimolare comportamenti/aspetti relazionali	Questionario
<input type="checkbox"/> Fornire abilità pratiche	Descrizione prova pratica
<input type="checkbox"/> Elaborare prodotti/progetti	Project - work

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Via Caduti del Lavoro,40-60131 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 tel.071/2911501 fax 071/2911500  
 sito internet [www.asur.marche.it](http://www.asur.marche.it)



**TIPOLOGIA**

(specificare tra le opzioni riportate)

- Progetto Formativo Aziendale** – (riservato al personale dipendente ASUR)
- Evento Formativo Residenziale – Assenza NON consentita** (aperto alla partecipazione di esterni all'ASUR)
- Formazione Obbligatoria**                       **Formazione Facoltativa**
- Formazione Residenziale** (didattica frontale/magistrale, unidirezionale)
- Formazione Residenziale Interattiva** (didattica interattiva docente/discenti: max 30 partecipanti)
- Formazione sul Campo \*** (stage, affiancamento, attività di miglioramento)

\* Per **gruppi di lavoro** indicare:

N. incontri (minimo 5 di 2h ciascuno) \_\_\_ N. gruppi \_\_\_ N. partecipanti per gruppo (max 20) \_\_\_

**DURATA**

N. Edizioni: 1

N. Ore per edizione: 8 (escluse la registrazione partecipanti e le pause)

Data della edizione:

24/02/2016

**DESTINATARI ED AMBITO ORGANIZZATIVO:**

- N. PARTECIPANTI (totali) 20

**SPECIFICARE LE FIGURE PROFESSIONALI PREVISTE:**

(inserire solo le professioni d'interesse)

TUTTE LE PROFESSIONI

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medico (disciplina) _____      | <input type="checkbox"/> Biologo (disciplina) _____     |  |   |
| <input type="checkbox"/> Psicologo (disciplina) _____   | <input type="checkbox"/> Farmacista (disciplina) _____  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Veterinario (disciplina) _____ | <input type="checkbox"/> Odontoiatra (disciplina) _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Chimico (disciplina) _____     | <input type="checkbox"/> Fisico (disciplina) _____      |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ass. Sanitario                 | <input type="checkbox"/> Dietista                       | <input type="checkbox"/> Fisioterapista      | <input type="checkbox"/> Infermiere         |
| <input type="checkbox"/> Inf. Pediatrico                | <input type="checkbox"/> Logopedista                    | <input type="checkbox"/> Ostetrica           | <input type="checkbox"/> Ortottista         |
| <input type="checkbox"/> Podologo                       | <input type="checkbox"/> Tec. Audiom.                   | <input type="checkbox"/> Tec.San.Lab.        | <input type="checkbox"/> Tec.San.Rad.       |
| <input type="checkbox"/> Tec. Prevenzione               | <input type="checkbox"/> Tec. Neurofisiopatol.          | <input type="checkbox"/> Tec. Riabil. Psich. | <input type="checkbox"/> Tec. Perfusionista |
| <input type="checkbox"/> Tec. Audioprotesista           | <input type="checkbox"/> Igien. Dentale                 | <input type="checkbox"/> Tec. Ortopedico     | <input type="checkbox"/> Ter occupazionale  |
| <input type="checkbox"/> Ter. Neuromotricità            | <input type="checkbox"/> Ed. professionale              |  |   |

altre professioni non ECM (specificare) Dirigenza e Comparto Ruolo Amministrativo

**SPECIFICARE L'AMBITO ORGANIZZATIVO:**

- Dip. Prevenzione                       Distretti                       Dip. Ospedalieri                       Dip. Salute Mentale                       Altro
- Dip. Amministrativi                       Dip. Emergenza                       Staff                       Interorganizzativo

**SEDE**

- Aula Master                       Altra (specificare) Aula formazione AV1 Fano

**PROGRAMMA E DIDATTICA**

(esempio di schema da seguire)

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

Via Caduti del Lavoro,40-60131 Ancona C.F. e P.IVA 02175860424 tel.071/2911501 fax 071/2911500  
sito internet www.asur.marche.it





riferimento tariffe docenze: CC.NN.LL.; DGRM 353/2012 - Rimborsi (indicativi): trasporti solo EQUIVALENTE al trasporto pubblico;

DOCENTE ESTERNO	NOTTI	PERNOTTO	VITTO	TRASPORTI	VARIE	ORE DOCENZA	COSTO DOCENZA
1.Paolo Parodi	1	1	2	2(A/R)		8	2800
2.							
	TOT.						
DOCENTE INTERNO	NOTTI	PERNOTTO	VITTO	TRASPORTI	VARIE	ORE DOCENZA	COSTO DOCENZA
1.	/	/	/	/	/		
2.							
	TOT.						
<b>TOT. ASSOLUTO</b>							

### AUTORIZZAZIONI

Il Direttore Scientifico

Il Direttore del Centro Alta Formazione ASUR  
Dott. Alberto Lanari

Ancona, li 02/02/2016

### Per Approvazione:

Il Direttore del Corso Dott. Alberto Lanari

Il Direttore Amm.vo ASUR Dott. Pierluigi Gigliucci