

Anno **2016**  
Istituzione **12672 - DSM PVT VERBANIA CUSIO OSSOLA**  
Fase/Stato Rilevazione: **Validazione/Attiva**

Tipologia Istituzione **DS - DIPARTIMENTO DI SALUTE**  
Contratto **SSPR - SERVIZIO SANITARIO PRIVATO**  
Data Creazione Stampa: **06/09/2017 08:55:51**

## Informazioni Istituzione

**Partita IVA :**  
**Codice Fiscale : DSMPVTVB000000000**  
**Telefono : 0323848262**  
**Fax : 0323887009**  
**Email : salumentale.om@aslvco.it**  
**Via : mazzini**  
**Numero Civico : 117**  
**C.A.P. : 28887**  
**Città : DSM PVT VERBANIA CUSIO OSSOLA**  
**Provincia :**  
**Codice Catastale :**  
**Indirizzo Web : www.aslvco**

## Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla legge 7/8/90, N.241 Capo II

(in assenza di tale indicazione sarà considerato responsabile il Rappresentante legale dell'Ente/ Direttore Generale)

Cognome	Nome	Telefono	Fax	E-Mail
MARGAROLI	GERMANO	0323868373		salumentale.om@aslvco.it

## Referente Da Contattare

(in assenza di tale indicazione sarà considerato come referente il Rappresentante legale dell'Ente/ Direttore Generale)

Cognome	Nome	Telefono	Fax	E-Mail
PARANI	CRISTINA	0323868262	0323887009	salumentale.om@aslvco.it

## **Tabelle da Inviare**

**T1Dbis\_PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PER PROFILO PROFESSIONALE**

## Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

*I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti*

*Domande presenti in circolare:*

**Suggerimenti :**

La rilevazione risulta certificata. Qualsiasi modifica relativa alle tabelle da inviare potrebbe invalidare la certificazione.

## Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

Cognome	Nome	E-Mail (sostituisce l'ENTE RAPPRESENTATO delle rilevazioni precedenti)
GRIECO	GIUSEPPE	pino.grieco@libero.it
AMBROSO	ALESSANDRO	alessandro.ambroso@studioambroso.it
SCALZO	LUCIA	lucia.scalzo@tesoro.it