

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 497 del 29 DICEMBRE 2014

O G G E T T O	PROROGA COMANDO SIG.RA BIANCHETTI LAURA OPERATORE SOCIO SANITARIO
---------------------------------	---

L'anno duemilaquattordici il giorno VENTINOVE

del mese di DICEMBRE in OMEGNA,

**IL DIRETTORE SANITARIO
F.F. DI DIRETTORE GENERALE**

Dott. Francesco Garufi

coadiuvato da:

- **Dott. Rino Bisca**

DIRETTORE AMMINISTRATIVO



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data 29/12/2014

al N. NT 2015/14.18 conto 3.10.03.43

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a Bilancio derivanti dal provvedimento

Il Direttore F.F. SOC REF o suo delegato

(Dott.ssa [Signature])

S O C I E T A' S

7 2 4

Beneficiario _____ € 19.000

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Annotazioni eventuali :

EVORITIV

3883010

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

S.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE
PROPOSTA DI ISTRUTTORIA

Dato atto che la Sig.ra BIANCHETTI Laura dipendente del Comune di Vogogna presta servizio presso l'A.S.L. V.C.O. di Omegna in regime di comando senza soluzione di continuità dal 01.07.2014, giusta deliberazione n. 265 del 27.06.2014;

Dato altresì atto che con nota n. 84174 del 19.12.2014 era stata richiesta la proroga del suddetto comando a far data dal 01.01.2015 per mesi sei;

Vista la comunicazione del Comune di Vogogna acquisita agli atti con prot. n. 84903 del 23.12.2014 di assenso alla suddetta proroga fino alla data del 30.06.2015;

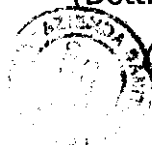
Richiamati:

- il D.P.R. 3/57
- l'art. 20 C.C.N.L. Integrativo 20.09.2001
- il D.Lgs 165/2001

PROPONE

- 1 - **Di formalizzare** la proroga del comando della Sig.ra Laura BIANCHETTI, in qualità di Operatore Socio Sanitario dal Comune di Vogogna all'A.S.L. VCO, per il periodo 01.01.2015 - 30.06.2015, per quanto in premessa esposto.
- 2 - **Di dare atto** che gli oneri relativi alla predetta procedura, saranno sostenuti dall'ente di appartenenza e allo stesso rimborsati dall'ASL VCO.
- 3 - **Di dare altresì atto** che il costo presunto, pari a Euro 19.000,00 derivante dal presente atto è imputato al conto 3.10.08.43 del Conto Economico Esercizio 2015 in fase di stesura, fermo restando la previsione di eventuali integrazioni salariali accessorie e variabili correlate alle peculiari prestazioni professionali richieste al profilo professionale di che trattasi.
- 4 - **Di dare** comunicazione di quanto con il presente atto deliberato al Comune di Vogogna e all'interessata.
- 5 - **Di dichiarare** la presente deliberazione immediatamente esecutiva stante l'urgenza di provvedere.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
RESPONSABILE DELLA S.O.C.
GESTIONE RISORSE UMANE
(Dott.ssa Claudia SALA)



IL DIRETTORE SANITARIO F.F.
DI DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria

ACQUISITO il parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies del D.lgs. n. 229 del 19/6/1999, ~~dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.~~

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

bl/

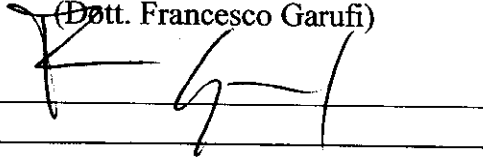
bl

0

Letto, confermato e sottoscritto

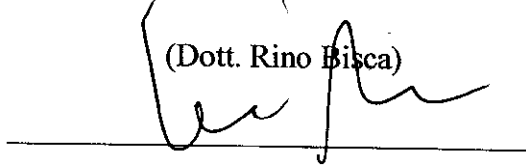
IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Adriano Giacoletto)
assente giustificato

IL DIRETTORE SANITARIO
f.f. di DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Garufi)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Rino Bisca)



RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno 29 DIC, 2014 per 15 giorni continuativi.

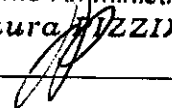
IL FUNZIONARIO INCARICATO

IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

ESECUTIVITA' IN DATA 29 DIC, 2014

IL FUNZIONARIO INCARICATO

L'Assistente Amministrativo
(Laura VIZZI)



Trasmissione a:

- Collegio Sindacale
- Conferenza dei Sindaci
- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____
Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

<input type="checkbox"/>	DSO V
<input type="checkbox"/>	SERT
<input type="checkbox"/>	DIST. 0
<input type="checkbox"/>	DIST. V
<input type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input checked="" type="checkbox"/>	SITRPO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	BC
<input checked="" type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	MED. COMP
<input type="checkbox"/>	FL
<input type="checkbox"/>	REF
<input type="checkbox"/>	ITB
<input type="checkbox"/>	ICT
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CHIRUR.
<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.
<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DIP. EMERG. URG.
<input type="checkbox"/>	DIP. AREA CRITICA
<input type="checkbox"/>	DIP. DIPENDENZE
<input type="checkbox"/>	DIP. POST ACUZIE
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/>	DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/>	DIP. MAT. INF.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	