

**Regione Piemonte**

**MACROSTRUTTURA/ SOC  
FARMACIA**

**Direttore Dr.ssa Laura POGGI**

<b>O G G E T T O</b>	TRASFERIMENTO LOCALI DISPENSARIO SITO NEL COMUNE DI TOCENO gestito dal DR. MASSIMO CORONA TITOLARE DELLA FARMACIA DEL SANTUARIO SITA IN RE (VB)
--	---

## DETERMINAZIONE N. 869 del 16.07.2015

### AUTORIZZAZIONE BUDGET

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

SUB \_\_\_\_\_ Spesa prevista \_\_\_\_\_

Si attesta che la spesa rientra nel budget attribuito alla Macrostruttura/SOC/Dipartimento  
.....(note: indicare la denominazione della struttura)

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

data, .....

Il Direttore SOC/Macrostruttura  
Responsabile del Procedimento  
(Dott. ....)

## DETERMINAZIONE N. 869 del 16.07.2015

### IL DIRETTORE S.O.C. FARMACIA

**Dato atto** che con Determinazione n. 50 del 04.09.2013 la gestione del Dispensario sito nel Comune di Toceno (Vb) è stata affidata al Dr. Corona Massimo titolare della Farmacia del Santuario sita in Re (Vb)

**Dato atto** che con scritto prot. n. 43544/15 del 08.06.2015 il Dr. Massimo Corona comunicava l'intenzione di trasferire la sede del Dispensario da Via Benefattori n. 26 a Via Benefattori n. 2, locale in prossimità della piazza a pochi metri dall'ambulatorio medico

**Visto** lo scritto del Dr. Corona Massimo prot. n. 49794/15 del 08.07.2015 con il quale comunica che il Dispensario Farmaceutico è stato trasferito a far data dal 01.06.2015 all'indirizzo Via Benefattori 2 – Toceno (Vb)

*In virtù dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali*

### DETERMINA

- 1) **Di dare atto** che il Dispensario sito nel Comune di Toceno è stato trasferito a decorrere dal 01.06.2015 in Via Benefattori n. 2

**Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto**

data, 16.07.2015

Il Direttore S.O.C. Farmacia  
Responsabile del Procedimento  
(Dr.ssa Laura POGGI)

**ESECUTIVITA' CONTESTUALE ALLA PUBBLICAZIONE DELLA PRESENTE DETERMINA  
ALL'ALBO UFFICIALE ON LINE DELL'ASL VCO**

## DETERMINAZIONE N. 869 del 16.07.2015

La presente determinazione viene pubblicata all'Albo ufficiale on line della ASL VCO ([www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)) il primo giorno lavorativo successivo all'assunzione del presente provvedimento e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Trasmissione informatica attraverso procedura aziendale ARCHIFLOW alle seguenti Strutture Aziendali:

<input type="checkbox"/>	DSO V	<input type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	MED. COMP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SERT	<input type="checkbox"/>	DP	<input type="checkbox"/>	FL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. 0	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	REF	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. V	<input type="checkbox"/>	SD	<input type="checkbox"/>	ITB	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIST. D	<input type="checkbox"/>	LP	<input type="checkbox"/>	ICT	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ML	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MED URG	<input type="checkbox"/>	BC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SITRPO	<input type="checkbox"/>	RU	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>