

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 177 del 10 MAGGIO 2016

O G G E T T O	<p>PRESA ATTO RINUNCIA PROROGA RAPPORTO TEMPORANEO DI LAVORO COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE CAT.D): SIG.RA GIORDANO ANGELA</p>
---------------------------------	---

L'anno duemilasedici il giorno DIECI

del mese di MAGGIO in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Giovanni Caruso 

coadiuvato da:

- Dott. Antonino Trimarchi DIRETTORE SANITARIO 

- Dott. Antonio Jannelli DIRETTORE AMMINISTRATIVO 

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

al N. _____ conto _____

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
(Dott.ssa Manuela Succi)

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE
PROPOSTA DI ISTRUTTORIA

Preso atto che con deliberazione n.146 del 14.04.2016 è stata predisposta la proroga del rapporto temporaneo di lavoro relativa al Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat.D), Sig.ra Giordano Angela per ulteriori sei mesi;

Rilevato che con nota prot. n. 25811 del 27.04.2016 la Sig.ra Giordano Angela comunicava la rinuncia alla proroga del rapporto di lavoro a tempo determinato per ulteriori mesi 6 nella qualifica di che trattasi;

P R O P O N E

- 1°) **Di prendere atto** della rinuncia espressa con nota prot. n.25811 del 27.04.2016 dalla Sig.ra Giordano Angela relativa alla proroga del contratto di lavoro a tempo determinato per ulteriori mesi 6 nella qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat.D) in scadenza il giorno 24.05.2016.

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

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO RESPONSABILE
STRUTTURA ORGANIZZATIVA COMPLESSA
GESTIONE RISORSE UMANE
(Dott.ssa Sala Claudia)



IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraestesa proposta di istruttoria

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 - comma 1- quinquies del D.Lgs.vo 19 Giugno 1999 n. 229 dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

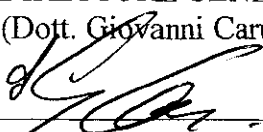
decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

bl/

Letto, confermato e sottoscritto


IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Giovanni Caruso)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Antonino Trimarchi)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Antonio Jannelli)



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 **10 MAG. 2016** per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

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"/>	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"/>	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"/>	PSICOLOGIA
<input type="checkbox"/>	