

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

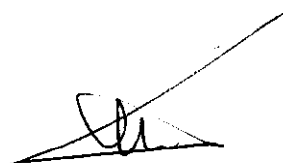
DELIBERAZIONE N. 343 del 15 LUGLIO 2011

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| O<br>G<br>G<br>E<br>T<br>T<br>O | <p><b>PIODA LAURA - INFERMIERA</b><br/><b>PAGAMENTO SOSTITUTIVO FERIE NON GODUTE</b></p> |
|---------------------------------|--|

L'anno duemilaundici il giorno QUINDICI  
del mese di LUGLIO alle ore 8,30 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

- Dott. Corrado Cattrini



coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini

**DIRETTORE SANITARIO**



- Dott. Gianmaria Battaglia **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



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

data 05/07/2011

al N. \_\_\_\_\_ conto 3.10.06.20

al N. \_\_\_\_\_ conto 3.10.06.26

al N. \_\_\_\_\_ conto 3.30.01.04

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

IL RESPONSABILE F.F. REF



Beneficiario 3.10.06.20 €. 579,76

Beneficiario 3.10.06.26 €. 135,84

Beneficiario 3.30.01.04 €. 48,52

Annotazioni eventuali :

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

Premesso che in data 16.03.2011 la Sig.ra Laura PIOLA ha cessato, per dimissioni volontarie, il proprio rapporto di lavoro con l'ASL VCO presso la quale prestava servizio come Ostetrica a tempo pieno indeterminato.

Dato atto che alla data del 16.03.2011 risultavano ancora da usufruire da parte della dipendente sopra richiamata n. 3,5 giorni relativi all'anno 2010 e n. 4,5 giorni relativi all'anno 2011, per ferie maturate ed accertate agli atti d'ufficio.

Visto il CCNL del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale Biennio Economico 2008-2009 sottoscritto il 31.07.2009.

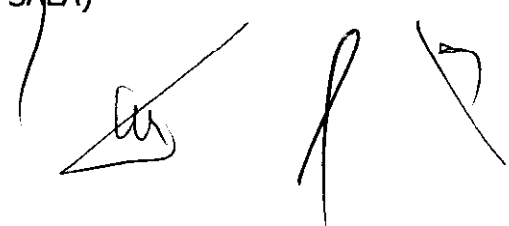
Ritenuto, in ragione delle motivazioni addotte nella nota prot. n. 33859 del 16.05.2011, a firma del Referente SITRPO, che il mancato godimento delle ferie non sia da imputare alla volontà del dipendente ma conseguenza di esigenze di servizio.

**PROPONE**

- 1) - Di dare atto che al 16.03.2011, data di cessazione dal servizio per dimissioni volontarie la Sig.ra PIOLA Laura, Infermiera cat. D con contratto a tempo indeterminato, risultavano n. 3,5 giorni relativi all'anno 2010 e n. 4,5 giorni relativi all'anno 2011 per ferie maturate ed accertate agli atti d'ufficio.
- 2) - Di riconoscere all'interessata il pagamento sostitutivo delle stesse in applicazione al CCNL del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale Biennio Economico 2008-2009 sottoscritto il 31.07.2009.
- 3) - Di liquidare, alla Sig.ra PIOLA Laura la somma di € 570,76 corrispondente alla valorizzazione di n. 3,5 giorni relativi all'anno 2010 e n. 4,5 giorni relativi all'anno 2011 per ferie maturate ed accertate agli atti d'ufficio.
- 4) - Di imputare il costo complessivo del presente atto, pari a € 755,12 ai successivi conti del Bilancio corrente: € 570,76 al c/3100620, € 135,84 al c/ 3100626 e € 48,52 al c/ 3300104.

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

Il Responsabile del Procedimento  
(ai sensi artt. 4, 5 e 6 L. 241/90 e s.m.i.)  
(Coll.re Amm. va Silvia Piola)



000 011000 2 2 2

## IL COMMISSARIO

**VISTA** la sopraestesa proposta istruttoria

**ACQUISITI** i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art. 3 - comma 1 - quinquies del D.Lgs 19/06/1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**decide**

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO  
(Dott. Corrado Gattirini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Gianmaria Battaglia)

### 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 15 LUG, 2011 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 checked="" 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"/> |                   |
| <input type="checkbox"/> |                   |