



**A.S.L. V.C.O.**

*Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola*

**DETERMINAZIONE N. 240 del 3.4.2018**

---

## **Regione Piemonte**

### **SOC DISTRETTO VCO**

**Direttore Dott. Bartolomeo Ficili**

|  |  |
|--|--|
| <b>O<br/>G<br/>G<br/>E<br/>T<br/>T<br/>O</b> | <b>AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA VOLONTARIA DR.SSA<br/>PUGLIESE MELANIA PRESSO LA SOC NEURIPSICHIATRIA<br/>INFANTILE IN QUALITA' DI PSICOLOGO.</b> |
|--|--|



**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 Struttura interessata

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

data, .....

Il Direttore SOC Distretto VCO  
Responsabile del Procedimento  
(Dott. Bartolomeo FICILI)



**IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO**

**SU PROPOSTA DEL RESPONSABILE SOC NEUROPSICHIATRIA  
INFANTILE**

**VISTA** la comunicazione acquisita agli atti a firma del Responsabile SOC Neuropsichiatria Infantile in data 6/3/2018 prot. n° 270, con la quale il suddetto trasmette tutta la documentazione istruttoria, ai fini dell'autorizzazione alla frequenza volontaria in qualità di Psicologo presso la SOC Neuropsichiatria Infantile della Dr.ssa Pugliese Melania, con espressione di parere favorevole in merito;

**DATO ATTO** che l'istante ha provveduto a contrarre apposita polizza assicurativa per responsabilità Civile Terzi e Professionale/Spese Legali e Infortuni producendo il relativo attestato;

**PRECISATO** che l'attività in qualità di frequentatore volontario non determina l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro e non dà luogo alla corresponsione di emolumenti;

**PRECISATO** altresì che tutto quanto conseguente e correlato all'autorizzazione in argomento, in particolare la gestione della sunnominata, la responsabilità in ordine all'operato della stessa, l'apertura di fascicolo personale, le informative circa il riconoscimento e il tenore comportamentale, nonché la corretta applicazione nei confronti della stessa in tema di sicurezza sul lavoro, rispetto della normativa sulla privacy e trasparenza, segnalazioni ai soggetti e Servizi aziendali interessati è rimessa in capo al Responsabile SOC Neuropsichiatria Infantile;

**DATO ATTO** che dall'adozione del presente atto non conseguano oneri di spesa;

**IN VIRTU'** dell'autonomia gestionale ed economico finanziaria attribuita ed in conformità ai vigenti atti di programmazione ed indirizzo aziendali;

**DETERMINA**

**1) di autorizzare** su proposta del Responsabile SOC Neuropsichiatria Infantile e per tutto quanto in preambolo qui integralmente richiamato, la Dr.ssa Pugliese Melania alla frequenza volontaria in qualità di Psicologo presso la SOC Neuropsichiatria Infantile a decorrere dal 3/4/2018 e sino al 31/10/2018;

**2) di precisare** che la frequenza in trattazione non determina la instaurazione di alcun rapporto di lavoro e non dà luogo alla corresponsione di emolumenti;

**3) di dare atto** che la sunnominata ha provveduto a produrre idoneo attestato di copertura assicurativa per responsabilità Civile Terzi e Professionale/Spese Legali e Infortuni;

**4) di precisare** che tutto quanto conseguente e correlato all'autorizzazione in argomento, in particolare la gestione della sunnominata, la responsabilità in ordine all'operato della stessa, l'apertura di fascicolo personale, l'informativa circa il riconoscimento e il tenore comportamentale,



nonché la corretta applicazione nei confronti della stessa in tema di sicurezza sul lavoro, rispetto della normativa sulla privacy e trasparenza, segnalazioni ai soggetti e ai Servizi Aziendali interessati, è rimessa in capo al Responsabile SOC Neuropsichiatria Infantile;

**5) di dare atto** che dall'adozione del presente atto non conseguano oneri di spesa;

**6) di notificare** il presente atto ai Servizi Aziendali interessati ognuno per quanto di propria competenza mediante procedura Archiflow.

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

**IL DIRETTORE SOC DISTRETTO VCO  
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
Dott. Bartolomeo Ficili**

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



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:

|   |                                   |   |                                     |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| X | DIREZIONE SANITARIA PRESIDIO VB D |   | DIPSA                               |
|   | DIP. PREVENZIONE                  | X | AFFARI GENERALI LEGALI E IST.       |
| X | DISTRETTO VCO                     |   | LOGISTICA E SERV. TECNICI E INFORM. |
|   | GEST. ATTIVITA' TERRITORIALE      |   | GEST. ECON. FIN. E PATRIMONIO       |
|   | FARMACIA                          |   | GEST. PERSONALE E FORMAZIONE        |
|   | SALUTE MENTALE TERRITORIALE       |   |                                     |
|   | SER.D                             |   |                                     |