

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 67 del 23 GENNAIO 2013

O G G E T T O	<p><u>REVOCA NOMINA AGENTE CONTABILE</u> <u>DR. PAOLO MASNAGHETTI</u></p>
---------------------------------	---

L'anno duemilatreddici il giorno VENTITRE

del mese di GENNAIO in OMEGNA,

IL DIRETTORE GENERALE

- Dott. Adriano Giacoletto

coadiuvato da:

- Dott. Francesco Garufi DIRETTORE SANITARIO

- Dott. Rino Bisca 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 _____

IL RESPONSABILE F.F. REF

Beneficiario _____ €.

Beneficiario _____ €.

Beneficiario _____ €.

Annotazioni eventuali :

**PROPOSTA ISTRUTTORIA
DEL DIRIGENTE RESPONSABILE F.F. DELLA S.O.C.
GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE**

PREMESSO che con deliberazione n. 352 del 05/11/2012 è stata approvata la nomina di Agente Contabile del Dr. Paolo Masnaghetti per la riscossione di entrate correlate allo svolgimento transitorio di attività libero professionale presso studi esterni alle strutture dell'A.S.L. VCO;

PRESO ATTO che con lettera acquisita al protocollo aziendale n. 70931/12 del 14/11/2012 il Dr. Paolo Masnaghetti comunicava di optare per il rapporto di lavoro non esclusivo a decorrere dal 01/01/2013;

RITENUTO pertanto necessario revocare la nomina ad agente contabile del sottocitato Dirigente Sanitario:




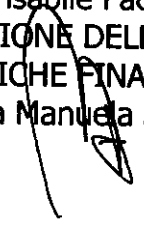
Dr. PAOLO MASNAGHETTI dal 01/01/2013

SI PROPONE PERTANTO DI DELIBERARE

- 1) la revoca della nomina ad agente contabile del sottoelencato Dirigente Sanitario:

Dr. PAOLO MASNAGHETTI dal 01/01/2013

Il Dirigente Responsabile Facente Funzioni della
S.O.C. GESTIONE DELLE RISORSE
ECONOMICHE FINANZIARIE
(Dr.ssa Manuela Succi)



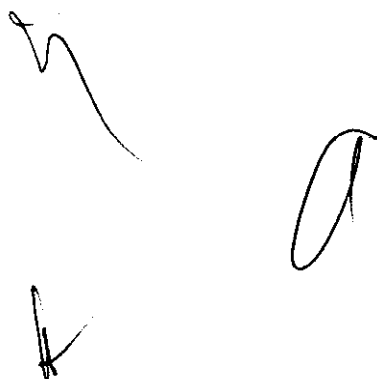
IL DIRETTORE GENERALE

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 Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Handwritten signature and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signature is a stylized 'S' shape, and the initials are a simple 'A'.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Adriano Giacoletto)

IL DIRETTORE SANITARIO
(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 23 GEN. 2013 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. O
<input type="checkbox"/>	DIST. V
<input type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input 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 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"/>	