

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N.  11 del 17 GENNAIO 2011

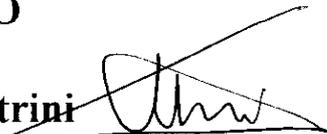
O  
G  
G  
E  
T  
T  
O

**CONVENZIONE CON L'ASSOCIAZIONE "ANGELI DELL'HOSPICE -  
ONLUS" PER PRESTAZIONI DI VOLONTARIATO IN AMBITO  
SANITARIO - ANNO 2011**

L'anno duemilaundici il giorno DICIASSETTE

del mese di GENNAIO alle ore 10,00 in OMEGNA,

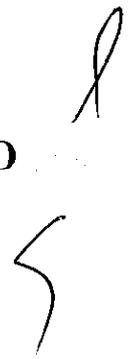
**IL COMMISSARIO**

- Dott. Corrado Cattrini 

coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini **DIRETTORE SANITARIO**

- Dott. Adriano Giacometto **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



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

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

IL RESPONSABILE F.F. REF

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

9  

**PROPOSTA ISTRUTTORIA  
DEL DIRETTORE MACROSTRUTTURA OSPEDALE UNICO PLURISEDE**

Dato atto che con nota prot. ASL n. 93072 del 14 Dicembre 2010 l'Onlus "Angeli dell'Hospice" inoltrava formale richiesta di poter accedere alla S.C. di Oncologia al fine dello svolgimento di attività di volontariato a sostegno dei pazienti ricoverati.

Rilevato che con nota prot. ASL n. 94607 del 17 dicembre 2010 si richiedeva parere in merito al Direttore S.C. Oncologia Dr. Cozzi.

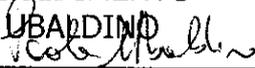
Vista la nota prot. ASL n. 94961 del 21 Dicembre 2010 il Direttore S.C. Oncologia comunicava di essere favorevole alla presenza presso la Sua struttura dei volontari iscritti alla suddetta associazione.

**SI PROPONE**

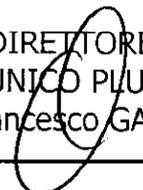
- 1) di stipulare convenzione per l'anno 2011, con l'associazione "Angeli dell'Hospice" avente sede in Verbania, per prestazioni di volontariato nell'ambito sanitario, autorizzando l'accesso alla S.C. Oncologia del Presidio Ospedaliero di Verbania secondo quanto disposto dal disciplinare allegato alla presente deliberazione sotto la lettera a).
- 2) Di precisare che sono a carico dell'Associazione "Angeli dell'Hospice" gli oneri relativi alle necessarie coperture assicurative contro gli infortuni e per la responsabilità civile verso terzi dei volontari nello svolgimento delle attività previste;
- 3) Di dare atto che dal presente provvedimento nessun onere grava sull'A.S.L. V.C.O.

IL RESPONSABILE  
DEL PROCEDIMENTO

Paola UBALDINO



IL DIRETTORE  
OSPEDALE UNICO PLURISEDE  
Dott. Francesco GARUFI



---

**IL COMMISSARIO**

VISTA la sopraestesa proposta istruttoria.

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

decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

9

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO  
(Dott. Corrado Cattrini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Adriano Giacometto)

### 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 17 GEN. 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"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	SERT	<input type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	DIST. 0	<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	DIST. V	<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	DIST. D	<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	ML	<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	MED URG	<input type="checkbox"/>	BC
<input type="checkbox"/>	SITRPO	<input type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP
<input type="checkbox"/>		<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 checked="" type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.
<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.
<input type="checkbox"/>	
<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"/>	