

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO  
OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 46 del 10 FEBBRAIO 2014

O G G E T T O	<b>PRESA D'ATTO DISMISSIONE DI BENI MOBILI ED ATTREZZATURE IN USO PRESSO REPARTI E SERVIZI DELL'A.S.L. VCO – SEDE OPERATIVA DI OMEGNA</b>
---------------------------------	---

L'anno duemilaquattordici il giorno 1 DIECI

del mese di FEBBRAIO 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 \_\_\_\_\_

Si attesta la regolarità contabile e le imputazioni a  
Bilancio derivanti dal provvedimento  
Il Direttore F.F. SOC REF o suo delegato  
(Dott.ssa Succi Manuela)

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

FEBBRAIO

5  
0  
R

**PROPOSTA ISTRUTTORIA  
IL DIRETTORE SOC AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI**

**DATO ATTO**

che presso la S.S. Patrimoniale sono pervenute segnalazioni in ordine a beni vari, relativi alla Sede Operativa di Omegna, resi inutilizzabili e per i quali si richiede la messa in fuori uso;

**VISTO**

il verbale di presa d'atto del giorno 23 Gennaio 2014, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale sotto la lettera A), dal quale risulta che la Commissione, appositamente costituita ed incaricata della verifica e della dichiarazione definitiva di "fuori uso" delle attrezzature, delle apparecchiature elettromedicali e degli altri beni mobili in dotazione all' A.S.L. VCO - Sede Operativa di Omegna, ha espresso parere favorevole in merito alla loro cancellazione dall'elenco inventariale;

**RILEVATO CHE** per i beni per i quali è stato chiesto il fuori uso:

- ogni scheda per l'allontanamento dei beni in fuori uso è corredata della firma del responsabile;
- ogni scheda per l'allontanamento dei beni in fuori uso di tipo elettromedicale è corredata delle richieste della ditta manutentrice, all'uopo incaricata e mantenute agli atti;
- ogni scheda per l'allontanamento dei beni in fuori uso di tipo informatico è debitamente autorizzata dal Responsabile S.O.C. ICT;

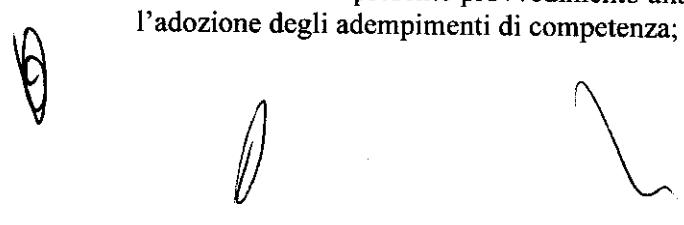
**VISTO**

l'art. 9 punto 5 - 6 - 7 e 8 della L.R. 18 gennaio 1995 n. 8.

**RITENUTO**

di dichiarare il "fuori uso" e la cancellazione definitiva dall'elenco inventariale dei beni mobili, attrezzature ed apparecchiature elettromedicali di cui trattasi.

**PROPONE DI DELIBERARE**

1. **Di recepire** il verbale, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale sotto la lettera A), redatto dalla Commissione tecnico-economica per l'accertamento dello stato di fuori uso dei beni dismessi presso la Sede Operativa di Omegna;
  2. **Di dichiarare** il "fuori uso" o "fine uso" dei beni mobili di cui al verbale citato, registrati nel libro dell'inventario dell'A.S.L. VCO, in quanto il loro stato, per usura o vetustà, non consente una qualsiasi e conveniente riparazione e pertanto non risulta più utile all'attività di questa Azienda;
  3. **Di dare atto** che non sussistono particolari motivazioni che determinano una diversa utilizzazione dei beni indicati al punto 1;
  4. **Di dare mandato** alla S.O.C. Affari Legali e Patrimoniali di attivare tutte le procedure e gli adempimenti previsti dall'art. 9, comma 7 della legge regionale 18 gennaio 1995 n. 8;
  5. **Di incaricare** la S.O.C. Affari Legali e Patrimoniali, dopo l'espletamento delle procedure di cui al punto precedente, della cancellazione definitiva dei suddetti beni dall'elenco inventariale dei beni mobili dell'A.S.L. VCO, annotando sul registro dell'inventario dei beni gli estremi del presente atto;
  6. **Di trasmettere** il presente provvedimento alla S.O.C. Gestione Risorse Economico Finanziarie per l'adozione degli adempimenti di competenza;
- 

7. **Di dare atto** che nessun onere deriva all'A.S.L. dal presente provvedimento.

CM/sp

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

Data 27/01/2014 Il Responsabile del Procedimento

(Sig.ra Ivana Lorini)

Il Direttore S.O.C.  
Affari legali e Patrimoniali  
(Avv. Cinzia Meloda)

### IL DIRETTORE GENERALE

**VISTA** la sopraestesa proposta istruttoria;

**ACQUISITO** il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies, del D.Lgs.vo 19/6/1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

### DECIDE

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

3

0

1

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Adriano Giacometto)

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 **10 FEB. 2014** 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 checked="" type="checkbox"/>	DSO V	<input type="checkbox"/>	DSM	<input type="checkbox"/>	MED. COMP	<input type="checkbox"/>	DIP. EMERG. URG.
<input type="checkbox"/>	SERT	<input type="checkbox"/>	DP	<input type="checkbox"/>	FL	<input type="checkbox"/>	DIP. AREA CRITICA
<input type="checkbox"/>	DIST. 0	<input type="checkbox"/>	F	<input checked="" type="checkbox"/>	REF	<input type="checkbox"/>	DIP. DIPENDENZE
<input type="checkbox"/>	DIST. V	<input type="checkbox"/>	SD	<input type="checkbox"/>	ITB	<input type="checkbox"/>	DIP. POST ACUZIE
<input type="checkbox"/>	DIST. D	<input checked="" type="checkbox"/>	LP	<input type="checkbox"/>	ICT	<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/>	ML	<input type="checkbox"/>	AG	<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. CHIRUR.	<input type="checkbox"/>	DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/>	MED URG	<input type="checkbox"/>	BC	<input type="checkbox"/>	DIP TECNICO AMMVO	<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/>	SITRPO	<input type="checkbox"/>	RU	<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. ONCOL.	<input type="checkbox"/>	DIP. MAT. INF.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP	<input type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	