

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. **345** del **7 AGOSTO 2014**

O G G E T T O	DETERMINAZIONE SPESE ORDINANZA INGIUNZIONE EX ART 18 LEGGE 689/1981
---------------------------------	--

L'anno duemilaquattordici il giorno **SETTE**

del mese di **AGOSTO** 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 _____

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

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Beneficiario _____ €. _____

Annotazioni eventuali :

01200A

4
0 0

**PROPOSTA ISTRUTTORIA
DEL DIRETTORE S.O.C. AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI**

- RICHIAMATO** l'art. 18 della Legge 689/1981 e smi;
- PRESO ATTO** delle deliberazioni n. 196 del 17.03.1997 e n. 105 del 02.03.2005 con le quali si determinava la nota spese relativa alle ordinanze ingiunzioni di cui all'art. 18 della legge 689/1981;
- PRESO ATTO** del DM 10.03.2014 n. 55;
- RITENUTO** di aggiornare e rideterminare le spese di ordinanza ingiunzione così come previste dalla deliberazione n. 105/2005 adeguandole ai parametri vigenti come di seguito:

<i>valore da €</i>	<i>0,01</i>	<i>da € 300,01</i>	<i>da € 1.100,01</i>	<i>da € 5.200,01</i>
<i>a €</i>	<i>300,00</i>	<i>a € 1.100,00</i>	<i>a € 5.200,00</i>	<i>a € 26.000,00</i>
<i>compenso</i>	<i>135,00</i>	<i>270,00</i>	<i>1.215,00</i>	<i>1.890,00</i>

cui vanno aggiunte le spese di notifica, allo stato ammontanti ad € 8,25

DELIBERA

- 1) Per tutte le motivazioni esposte in premessa ed ex DM 10.03.2014 n. 55, di rideterminare gli importi da richiedere a titolo di compenso e spese per ciascuna ordinanza ingiunzione come di seguito:

<i>valore da €</i>	<i>0,01</i>	<i>da € 300,01</i>	<i>da € 1.100,01</i>	<i>da € 5.200,01</i>
<i>a €</i>	<i>300,00</i>	<i>a € 1.100,00</i>	<i>a € 5.200,00</i>	<i>a € 26.000,00</i>
<i>compenso</i>	<i>135,00</i>	<i>270,00</i>	<i>1.215,00</i>	<i>1.890,00</i>

cui vanno aggiunte le spese di notifica, allo stato ammontanti ad € 8,25.

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento proposto

Data 02.08.14 Il Responsabile del Procedimento
(Sig. Pieranna Santini)

Il Direttore SOC Affari Legali e Patrimoniali
(Dott. Cinzia Meloda)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopraesesa Proposta Istruttoria.

ACQUISITO i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art. 3 - comma 1-quinquies del D.Lgs. 19.06.99 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario,

decide

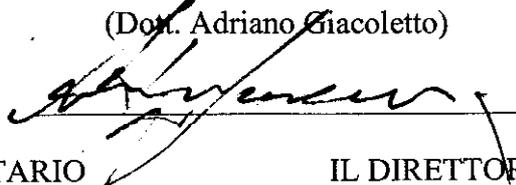
di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Handwritten initials and a mark in the bottom right corner of the page. The initials appear to be 'G' and 'O' written vertically, with a circular mark to the right.

Letto, confermato e sottoscritto

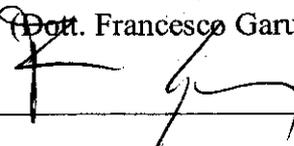
IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Adriano Giacometto)



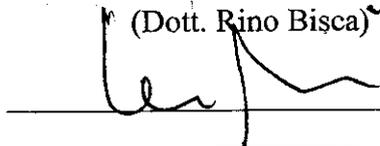
IL DIRETTORE SANITARIO

(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 - 7 AGO, 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	RU
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	PP

<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"/>	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.