

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. E 154 del 23 MARZO 2011

O G G E T T O	<b>DONAZIONE ALL'ASL VCO DA PARTE DI DONATORE ANONIMO DI N. 1 CARROZZELLA SURACE MODELLO GRAZIA 787 DA DESTINARE ALLA NEUROLOGIA DI DOMODOSSOLA</b>
---------------------------------	---

L'anno duemilaundici il giorno VENTITRE

del mese di MARZO alle ore 9,00 in OMEGNA,

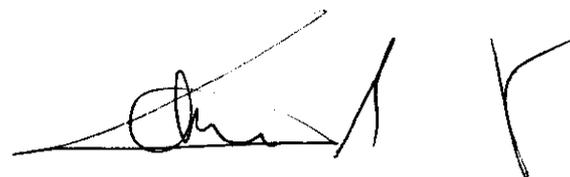
**IL COMMISSARIO**

**- Dott. Corrado Cattrini**

coadiuvato da:

**- Dott. Renzo Sandrini      DIRETTORE SANITARIO**

**- Dott. Gianmaria Battaglia DIRETTORE AMMINISTRATIVO**



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

data \_\_\_\_\_

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

IL RESPONSABILE REF

INVIATO IN DATA 14/07/2014

\_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Beneficiario \_\_\_\_\_ €.

Annotazioni eventuali : *SPESA*

00.0

SPESA

**PROPOSTA ISTRUTTORIA  
PRESENTATA DAL DIRETTORE  
DELLA S.O.C. AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI**

**PREMESSO** che, è pervenuta la comunicazione da parte della S.O.C. Neurologia di Domodossola, di donazione di una carrozzella Surace modello Grazia 787 da parte di persona anonima;

**RICHIAMATA** la deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 28/12/2005 avente per oggetto "Regolamento riguardante le modalità di accettazione dei beni in donazione all'ASL 14 VCO";

**PRESO ATTO** del parere favorevole espresso in data 28/02/2011 dal Direttore della S.O.C. Neurologia di Domodossola, Dr. Angelo Villani, per l'accettazione del bene sopra citato e dei pareri espressi dalla S.O.C. Prevenzione e Protezione e dalla S.O.C. Gestione Infrastrutture e Tecnologie Biomediche comunicati rispettivamente con nota prot. n. 16821 dell'08/03/2011 e prot. n. 16035 del 04/03/2011;

**RITENUTO** opportuno, con il presente provvedimento, proporre la formalizzazione della donazione;

**SI PROPONE DI DELIBERARE**

1. Di accettare, ai sensi della Deliberazione n. 806 del 28/12/2005 richiamata in premessa, la donazione di una carrozzella Surace Modello Grazia 787 da parte di donatore anonimo da destinare alla S.O.C. Neurologia di Domodossola, del valore di € 473,00 IVA compresa;
2. Di dare atto che al bene si provvederà ad assegnare il relativo numero di inventario e che sarà inserito nel registro dei cespiti dell'ASL VCO sul conto 1.12.07.11;
3. Di trasmettere copia del presente atto alla SOC Risorse Economiche e finanziarie, per gli adempimenti di competenza.

CM/sp

IL DIRETTORE  
SOC AFFARI LEGALI E PATRIMONIALI  
Avv. *Cinzia MELODA*

\*\*\*\*\*



**IL COMMISSARIO**

**Vista** la sopraesposta proposta istruttoria.  
**Acquisito** il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art.3 - comma 1 - quinquies del D.lgs 19/06/1999 n. 229, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.  
**Decide** di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

\*\*\*\*\*

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO  
(Dott. Corrado Cattrini)

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Gianmaria Battaglia)

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 24 MAR. 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"/>	MED. COMP
<input type="checkbox"/>	FL
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	DIP. PAT. CNV
<input type="checkbox"/>	DIP. FARMACO
<input type="checkbox"/>	DIP. PAT. MEDICHE
<input type="checkbox"/>	DIP. MAT. INF.