

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. E 163 del 31 MARZO 2011

O G G E T T O	ACCORDO TRA L'A.S.L. V.C.O. ED IL "CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE" DI OMEGNA PER FORNITURA PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANALISI - PERIODO 01.04.2011 / 31.12.2011
---------------------------------	--

L'anno duemilaundici il giorno TRENTUNO
del mese di MARZO alle ore - 9,00 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

- Dott. Corrado Catrini

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 F.F. REF

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Annotazioni eventuali: _____

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

Richiamata la deliberazione n. 721 del 16 dicembre 2010 con la quale si prorogavano sino alla data del 31 marzo 2011, in considerazione della revisione della gestione dell'attività libero professionale aziendale, tutte le convenzioni in atto con il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna tra cui anche l'accordo stipulato con il Centro Ortopedico di Quadrante per la fornitura di prestazioni di laboratorio analisi.

Vista la nota prot. ASL n. 20693 del 23 marzo 2011 con la quale il Direttore Generale C.O.Q. richiedeva la proroga degli accordi di cui alla deliberazione n. 721/2010 sino alla data del 31 dicembre 2011.

Richiamata la nota prot. ASL n. 21490 del 24 marzo 2011 con la quale la Direzione Generale autorizzava il rinnovo di tutte le convenzioni attive sino alla data del 31 dicembre 2011.

Ritenuto opportuno provvedere pertanto in merito

SI PROPONE

- 1) di rinnovare per il periodo 01.04.2011 / 31.12.2011 la convenzione per la fornitura di prestazioni rese da parte della S.C. Laboratorio Analisi dell'A.S.L. V.C.O. al Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna in regime di attività libero professionale alle condizioni previste dall'accordo definito con deliberazione n. 544 del 15 Settembre 2005.
- 2) Di dare atto che i proventi derivanti dal presente provvedimento verranno introitati sul conto economico 4.50.02.77, Esercizio 2011 e ripartiti secondo quanto disposto dall'accordo sindacale siglato in data 25 Agosto 2005.

IL RESPONSABILE
DEL PROCEDIMENTO

Paola UBALDINO


IL DIRETTORE
OSPEDALE UNICO PLURISEDE
Dott. Francesco GARUFI


IL COMMISSARIO

- Vista la sopraestesa proposta istruttoria
- Acquisiti 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.



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 **31 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 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 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 checked="" type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	