

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. 217 del 29 APRILE 2011

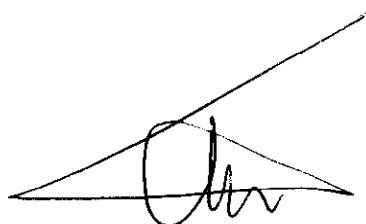
O G G E T T O	Convenzione con Associazione Volontari Ammalati Psicici - AVAP- Durata e presupposti
---------------------------------	---

L'anno duemilaundici il giorno VENTINOVE
del mese di APRILE 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 _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

IL RESPONSABILE F.F. REF

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Annotazioni eventuali :

PROPOSTA ISTRUTTORIA**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Premesso che con atto deliberativo n. 176 del 11.03.2008, alle condizioni descritte al testo allegato sotto la lettera A) quale parte integrante e sostanziale, è stato rinnovato rapporto convenzionale con l'AVAP "Associazione Volontari Aiuto Ammalati Psicici", con sede in Verbania Intra, per garantire agli utenti del Dipartimento di Salute Mentale un servizio di assistenza volontaria gratuita per un periodo di anni tre a decorrere dal 1 ottobre 2007 sino al 30 settembre 2010;

Dato atto che l'Associazione ha ceduto in comodato d'uso un veicolo FIAT Scudo 2000 JTD per trasporto persone per un periodo di cinque anni fino al 31.08.2011 giusta deliberazione n. 412 del 13.12.2008;

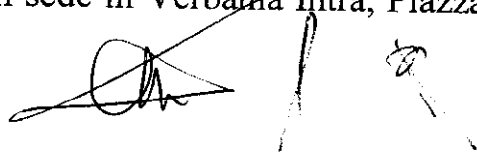
Dato atto altresì che l'AVAP risulta regolarmente iscritta al registro del Volontariato istituito in sede regionale con determinazione n. 109/28.1 del 3/5/2000, secondo quanto disposto all'art. 6 della legge n. 266 dell'11/08/1991- Legge Quadro sul Volontariato;

Preso atto dell'utilità del servizio fornito che, di fatto, non si è mai interrotto anche se solo recentemente il Presidente AVAP, con nota protocollo n. 93803 pervenuta in data 15.12.2010, ha comunicato la propria disponibilità ;

Precisato che l'onere relativo all'assicurazione che viene richiesta all'Associazione, al fine di espletare l'attività, è a carico della ASL VCO.

PROPONE

1) **Di approvare** ora per allora dal 1 ottobre 2010 al 30 settembre 2013, per le motivazioni in premessa esplicitate, il rapporto convenzionale con l'Associazione Volontari Aiuto Ammalati Psicici -AVAP- con sede in Verbania Intra, Piazza San



Vittore n. 5, per garantire agli utenti del DSM un servizio qualificato di assistenza volontaria gratuita nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e nella fattiva collaborazione con gli Operatori Pubblici, sempre nell'ambito di specifiche competenze;

2) **Di precisare** che quanto sopra si svolgerà alle condizioni descritte nell'allegato A) al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, composto da n. 3 pagine;

3) **Di dare mandato** alla SOC Segreteria Generale di trasmettere copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 10 del 24.01.1995.

Il Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa M. Pia Mondello)

Il Direttore del Dipartimento
di Salute Mentale
(Dr. Giorgio FARINA)

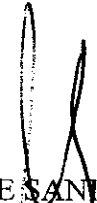
IL COMMISSARIO


VISTA la sopraestesa proposta di istruttoria
ACQUISITI i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art. 3 – comma 1 –quinquies del D.Lgs. vo 19/06/99 dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

Decide di approvarla ora per allora adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO
(Dott. ~~Costrado~~ 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 - 4 MAG. 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 checked="" 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 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 type="checkbox"/>	DIP. SERVIZI DIAGN.	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	