

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. E' 404 del - 8 AGO. 2011

O
G
G
E
T
T
O

**AVVISO DI MOBILITA' ORDINARIA AZIENDALE RISERVATO
AL PERSONALE DIPENDENTE CON LA QUALIFICA DI
OPERATORE TECNICO CAT.B) PER N.1 POSTO DA
DESTINARE ALLA PORTINERIA/CENTRALINO DEL
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VERBANIA:
PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI**

L'anno duemilaundici il giorno OTTO
del mese di AGOSTO alle ore 8,00 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

- Dott. Corrado Cattrini



coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini

DIRETTORE SANITARIO

ASSENTE
GIUSTIFICATO

- 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 :

STATO
17/01/2002

OTTO

00.8

015080

**STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE
PROPOSTA DI ISTRUTTORIA**

Rilevato che in data 22 Giugno 2011 era stato emesso avviso di mobilità ordinaria aziendale riservato al personale dipendente per n.1 posto di Operatore Tecnico Cat.B) da destinare alla Portineria/Centralino del Presidio Ospedaliero di Verbania

Premesso che con deliberazione n. 390 del 28 Luglio 2011 si è provveduto all'ammissione dei candidati all'avviso di che trattasi, nonché alla nomina della Commissione Esaminatrice;

Visto il verbale allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, sotto la lettera A) e formulato dall'apposita Commissione riunitasi in data 03.08.2011;

Attestato che la dipendente 1° classificata, Sig.ra Castaldi Anna Maria, verrà sottoposta a visita medica prima del passaggio alla Portineria/Centralino del presidio Ospedaliero di Verbania, al fine dell'ottenimento della piena idoneità fisica, requisito fondamentale per dar corso alla suddetta mobilità, così come previsto dal bando stesso;

SI PROPONE

1°) **Di approvare** la seguente graduatoria formulata in base ai punteggi assegnati dall'apposita Commissione riunitasi in data 03.08.2010, di cui al verbale allegato alla presente deliberazione sotto la lettera A) quale parte integrante e sostanziale :

<u>Cognome e nome</u>	<u>Punti</u>
1° CASTALDI ANNA MARIA	1,583
2° VIOLI MARGHERITA	0,583

2°) **Di invitare** la candidata 1° classificata, Sig.ra Castaldi Anna Maria, a sottoporsi a visita medica di idoneità fisica al posto da ricoprire nonché di invitare i Dirigenti Responsabili delle Strutture Complesse cedente e ricevente a stabilire la data di decorrenza della mobilità di che trattasi.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE
(Dott.ssa Sala Claudia)



Two handwritten signatures in black ink, one above the other, located to the right of the stamp.

IL COMMISSARIO

VISTA la sopraestesa proposta di istruttoria

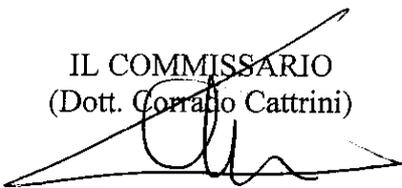
ACQUISITI i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 - comma 1- quinquies del D.Lgs.vo 19 Giugno 1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

bl/

Letto, confermato e sottoscritto

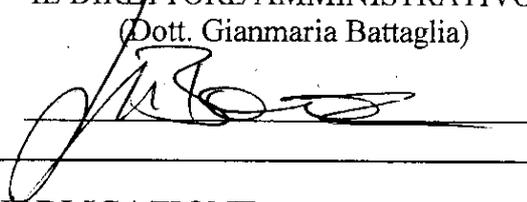
IL COMMISSARIO
(Dott. Corrado Cattirini)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Gianmaria Battaglia)

ASSENTE
GIUSTIFICATO



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 _____ 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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> SITRPO	<input checked="" type="checkbox"/> RU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PP
<input type="checkbox"/>	

<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"/>

<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.
<input type="checkbox"/>