

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. 642 del 20 DICEMBRE 2011

| | |
|---------------------------------|--|
| O G G E T T O | CONVENZIONE CON IL CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE PER LA MESSA A DISPOSIZIONE DI SPECIALISTA IN DERMATOLOGIA PER ATTIVITÀ DI MAPPATURA NEVI. RINNOVO ANNO 2012. |
|---------------------------------|--|

L'anno duemilaundici il giorno VENTI
del mese di DICEMBRE alle ore 9,00 in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

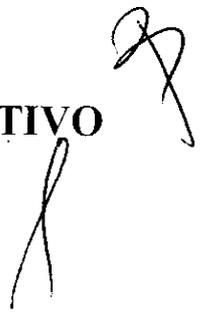
- Dott. Corrado Cattrini



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 13.12.2011

al N. 171.2012/3 SB 228 conto 3100329

ANNO 2012

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

IL RESPONSABILE F.F. REF



Beneficiario _____ € 12000

Beneficiario _____ € _____

Beneficiario _____ € _____

Annotazioni eventuali :

1. ITM 2012

10.12.11

10.12.11

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

RICHIAMATE le deliberazioni n. 215 del 31/3/2010 e n. 197 del 11/4/2011 con la quale è stata rispettivamente approvata e rinnovata la convenzione con il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna per la messa a disposizione di Medico Specialista in Dermatologia per attività istituzionale di "mappatura nevi" da svolgere presso gli ambulatori di Domodossola, Verbania e Omegna fino al 31/12/2011;

VISTE:

- la nota acquisita al prot. 76912 del 25/11/2011 con la quale il Centro Ortopedico di Quadrante comunica la propria disponibilità a proseguire la convenzione e invia il calendario delle date per l'anno 2012;
- la nota del 28/11/2011 con la quale il Direttore SOC Oncologia conferma la necessità di proseguire la convenzione anche nel 2012;
- la nota prot. 77718 del 29/11/2011 con la quale il Direttore Sanitario Aziendale autorizza il rinnovo della convenzione con il Centro Ortopedico di Quadrante fino al 31/12/2012;

RITENUTO pertanto di rinnovare per l'anno **2012** la convenzione con il ^{Centro}Ortopedico di Quadrante di Omegna per la messa a disposizione di Medico Specialista in Dermatologia per attività istituzionale di "mappatura nevi" presso i Poliambulatori ASL, alle condizioni indicate nel disciplinare allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale sub A);

PRECISATO che la convenzione sarà soggetta a revisione in correlazione all'attuazione della Riforma Sanitaria della Regione Piemonte ed alle disposizioni conseguenti al Piano di Rientro;

SI PROPONE

1. **DI RINNOVARE** per le motivazioni indicate in premessa la convenzione con il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna per la messa a disposizione di Medico Specialista in Dermatologia per attività istituzionale di "mappatura nevi" da svolgere presso i Poliambulatori dell'ASL per l'anno **2012**, alle condizioni indicate nel disciplinare allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale sotto la lettera A).
2. **DI PRECISARE** che l'attività sarà svolta con impegno massimo di 16 ore mensili e sarà rimborsata alla tariffa oraria omnicomprensiva di 60,00 euro.
3. **DI PRECISARE** altresì che la presente convenzione sarà soggetta a revisione in correlazione all'attuazione della Riforma Sanitaria della Regione Piemonte ed alle disposizioni conseguenti al Piano di Rientro.
4. **DI IMPUTARE** l'onere derivante dal presente provvedimento presunto per l'anno 2012 in € 12.000,00 (dodicimila) al conto 3.10.03.29 del bilancio 2012.

5. **DI INCARICARE** la SOS Assistenza Specialistica Ambulatoriale di provvedere agli adempimenti conseguenti al presente atto.

6. **DI DARE MANDATO** alla SOC Affari Generali di trasmettere copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 10 del 24 gennaio 1995.

Il Responsabile del Procedimento
Sandra Cantaluppi

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. ~~Conrado~~ 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 27 DIC. 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 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. |