

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. **676** del **22 DICEMBRE 2011**

O G G E T T O	COLLEGIO TECNICO PER VERIFICA 5 ANNI ATTIVITA' CCNL 3.11.2005 DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA : DOTT.SSA CAPELLI PAOLA DIRIGENTE MEDICO GINECOLOGIA E OSTETRICIA
---------------------------------	--

L'anno duemilaundici il giorno **VENTIDUE**

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 _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

al N. _____ conto _____

IL RESPONSABILE F.E. REF

RES. ECON. FIN. S.O.C.

Beneficiario _____

Beneficiario _____

Beneficiario _____

Annotazioni eventuali :

Visti il D.Lgs.vo 502/92 e successive modifiche nonché il D.Lgs.vo 286/99 ed il capo IV del CCNL 03.11.2005 Dirigenza Medica e Veterinaria

SI PROPONE

1) Di procedere alla verifica per il faggiungimento dei 5 anni di attività – CCNL 03.11.2005 e CCNL 06.05.2010 Area Dirigenza Medica Veterinaria - del sottocitato Dirigente Medico che ha maturato l'esperienza professionale richiesta a decorrere dalla data a fianco indicata:

Dott. ssa CAPELLI Paola

Dirigente Medico – Ginecologia e Ostetricia

01.11.2011

2) Di nominare per quanto in premessa citato, nella composizione di seguito indicata e ai sensi di quanto disposto dall'allegato n. 5 del CCNL 03.11.05 nonché dall'art. 9 del Regolamento Aziendale in materia di affidamento, valutazione e verifiche degli incarichi dirigenziali, il Collegio Tecnico per la verifica del Dirigente di cui al precedente punto 1)

Valutazione di I° istanza:

Dott.	OLIVERO	Fabrizio	Dirigente Medico Responsabile SOC "Ginecologia e Ostetricia"
-------	---------	----------	---

Valutazione di II° istanza:

COLLEGIO TECNICO

PRESIDENTE:

Dott.	GUALA	Andrea	Dirigente Medico Responsabile "Dipartimento Materno-Infantile"
-------	-------	--------	---

COMPONENTI:

Dott.	CROCE	Michele	Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia
-------	-------	---------	---

Dott.	SODARO	Antonio	Dirigente Medico Ginecologia e Ostetricia
-------	--------	---------	---

3) Di trasmettere il presente atto alle Unità Operative interessate per il seguito di competenza.

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



**IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
P.F. SOS AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
DR. GERMANO MARGAROLI**

IL COMMISSARIO

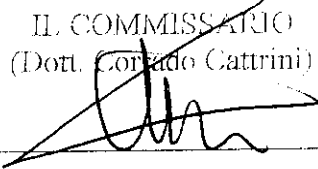
VISTA la sopraestesa proposta di istruttoria

ACQUISITO il parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 3 - comma 1-quinquies del D.Lgs.vo 19
Giugno 1999 n. 229, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario

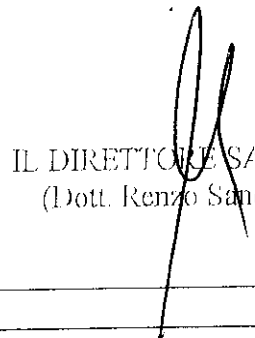
decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

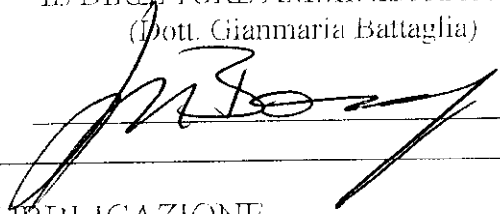
IL COMMISSARIO
(Dott. Corrado Cattirini)



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 **22 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"/> 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"/> | | | |