

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. 111 del 12 MARZO 2012

O G G E T T O	REVOCA NOMINA DI AGENTE CONTABILE DR.SSA CAROLA VANOLI
---------------------------------	--

L'anno duemiladodici il giorno DODICI

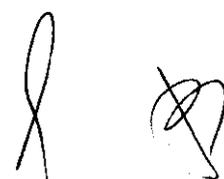
del mese di MARZO alle ore 8,00 in OMEGNA,

**IL DIRETTORE SANITARIO F.F. DI COMMISSARIO**  
(Ai sensi art. 12 comma 5 L.R. n. 10/1995)

**Dott. Renzo Sandrini**

coadiuvato dal

**DIRETTORE AMMINISTRATIVO - Dott. Gianmaria Battaglia**



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data \_\_\_\_\_

al N. \_\_\_\_\_ conto \_\_\_\_\_

SENZA SPESA

111

IL RESPONSABILE F.F. REF

\_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

101000

0008

03000

**PROPOSTA ISTRUTTORIA  
DEL DIRIGENTE RESPONSABILE F.F. DELLA S.O.C.  
GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE**

PREMESSO che con deliberazione n. 79 del 16/02/2009 è stata approvata la nomina di Agente Contabile della Dr.ssa Carola Vanoli per la riscossione di entrate correlate allo svolgimento transitorio di attività libero professionale presso studi esterni alle strutture dell'A.S.L. VCO;

PRESO ATTO che con lettera prot. n. 74906/11 del 17/11/2011 la Dr.ssa Carola Vanoli comunicava "la volontà a svolgere attività libero professionale in regime extra-moenia" a decorrere dal 01/01/2012;

RITENUTO pertanto necessario revocare la nomina ad agente contabile del sottocitato Dirigente Sanitario:

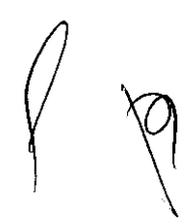
Dr.ssa                      VANOLI CAROLA                      dal 01/01/2012

**SI PROPONE PERTANTO DI DELIBERARE**

1)    la revoca della nomina ad agente contabile del sottoelencato Dirigente Sanitario:

Dr.ssa                      VANOLI CAROLA                      dal 01/01/2012

Il Dirigente Responsabile Facente Funzioni della  
S.O.C. GESTIONE DELLE RISORSE  
ECONOMICHE FINANZIARIE  
(Dr.ssa Manuela Succi)



**IL DIRETTORE SANITARIO F.F. DI COMMISSARIO**

**VISTA** la sopraestesa proposta istruttoria

**ACQUISITO** il parere favorevole espresso ai sensi dell'art. 3, comma 1-quinquies del D.lgs. n. 229 del 19/6/1999 dal Direttore Amministrativo

**DECIDE**

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL DIRETTORE SANITARIO F.F. di COMMISSARIO  
(Ai sensi art. 12, comma 5 L.R. n. 10/1995)

(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 12 MAR. 2012 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"/>	SERT
<input type="checkbox"/>	DIST. 0
<input type="checkbox"/>	DIST. V
<input type="checkbox"/>	DIST. D
<input type="checkbox"/>	ML
<input type="checkbox"/>	MED URG
<input type="checkbox"/>	SITRPO
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	DSM
<input type="checkbox"/>	DP
<input type="checkbox"/>	F
<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	LP
<input type="checkbox"/>	AG
<input type="checkbox"/>	BC
<input type="checkbox"/>	RU
<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"/>	