

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO  
  
OMEGNA

---

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERAZIONE N. 247 del - 5 SETTEMBRE 2012

O G G E T T O	<p><b>PRESA D'ATTO VALUTAZIONE INCARICO DI DIREZIONE "DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE" DELL' ASL VCO A SEGUITO DI VERIFICA</b></p> <p><b>DOTT.SSA BUZIO ANNA MARIA</b></p>
---------------------------------	--

L'anno duemiladodici il giorno CINQUE

del mese di SETTEMBRE in OMEGNA,

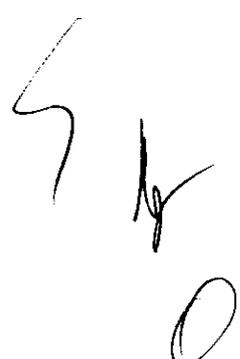
**IL DIRETTORE GENERALE**

- Dott. Adriano Giacoletto

coadiuvato da:

- Dott. Francesco Garufi      **DIRETTORE SANITARIO**

- Dott. Rino Bisca              **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 :



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

**Premesso che**, con deliberazione n. 429 del 18.06.2009 è stato affidato alla Dott.ssa Buzio Anna Maria l'incarico di Direzione del "Dipartimento delle Dipendenze" dell' ASL VCO pervenuto a scadenza in data 17.06.12, successivamente prorogato, con deliberazione n. 84 del 14.06.12, per un anno e comunque non oltre l'attuazione dei provvedimenti attuativi regionali del PSSR 2012-2015 correlati in particolare al nuovo disegno organizzativo regionale dipartimentale delle ASR.

**Visto** il Regolamento Aziendale in materia di valutazione e verifiche degli incarichi dirigenziali, approvato con deliberazione n. 423/01.

**In particolare**, con deliberazione n. 109 del 20.06.12, è stato formalmente costituito il Collegio Tecnico previsto per la valutazione dell'incarico affidato al succitato Dirigente.

**Preso atto** che il succitato Collegio Tecnico si è riunito in data 28.08.2012 ed ha terminato i propri lavori, rassegnando il verbale relativo alle operazioni svolte, agli atti del fascicolo personale dell'interessata, esprimendo una valutazione positiva relativamente all'attività svolta dalla Dott.ssa Buzio Anna Maria nella Direzione del Dipartimento assegnato.

**Tutto ciò premesso**

**SI PROPONE**

- 1°) **Di prendere atto**, per le motivazioni sopra indicate, della valutazione positiva espressa dal Collegio Tecnico in data 28.08.12 relativa all'attività svolta dalla Dott.ssa Buzio Anna Maria quale Direttore del "Dipartimento delle Dipendenze" dell' ASL VCO.

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



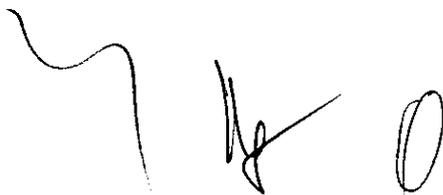
/cv

**IL DIRETTORE GENERALE**

**VISTA** la sopraesesa proposta istruttoria

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

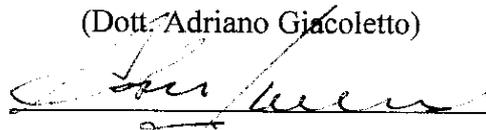
decide di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.



Letto, confermato e sottoscritto

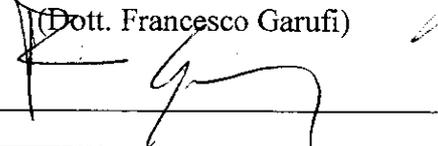
IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Adriano Giacometto)



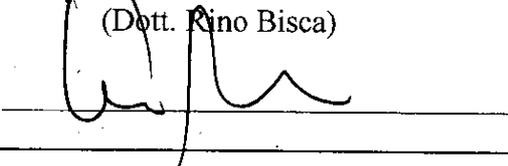
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Francesco Garufi)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Rino Bisca)



### 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 **- 5 SET. 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 checked="" 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 checked="" 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"/>	