

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. **58** del **9 FEBBRAIO 2011**

O G G E T T O	<b>RETTIFICA DELIBERA N. 829 DEL 29.12.2010 AVENTE PER OGGETTO: "INCARICHI INDIVIDUALI E DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA DEL PERSONALE DEL COMPARTO. CONFERIMENTI DAL 31.12...2010"</b>
---------------------------------	--

L'anno duemilaundici il giorno **NOVE**  
del mese di **FEBBRAIO** alle ore **9,00** in OMEGNA,

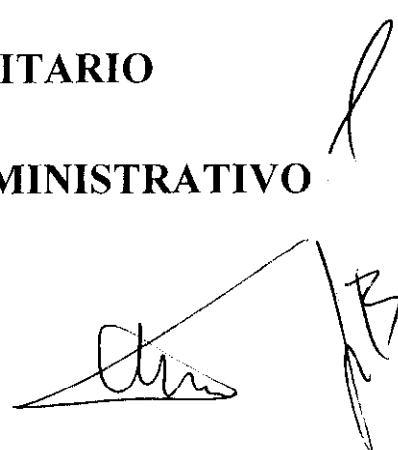
**IL COMMISSARIO**

- 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.F. REF

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Beneficiario \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Annotazioni eventuali :

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

**Premesso:**

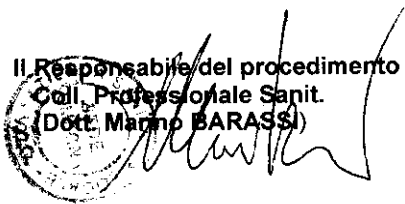
- che con deliberazione del Direttore Generale n. 829 del 29.12.2010 sono stati conferiti gli incarichi individuali e di Posizione Organizzative del personale del comparto.
- che nell'allegato B) della stessa, per mero errore materiale sono state riportate le seguenti irregolarità:
  - ♣ Della Casa Fiorella referente di "Area Dip. Salute mentale" anziché di "Area disagio psico - sociale"
  - ♣ Leoni "Anna" anziché "Elena", referente di "Area Territoriale" anziché di "Area cure primarie"

**Ritenuto** quindi opportuno provvedere alla rettifica dei suddetti errori materiali, rilevati nel provvedimento n. 829 del 29.12.2010

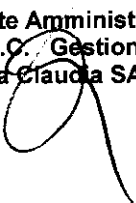
**SI PROPONE**

- 1°) **Di procedere**, per le motivazioni formulate in premessa, alla rettifica dell'allegato B) alla deliberazione n. 829 del 29.12.2010, precisando e confermando quanto di seguito riportato:
- ♣ Della Casa Fiorella referente di "Area disagio psico -sociale" anziché di "Area Dip. Salute mentale"
  - ♣ Il nome anagrafico corretto della Sig.ra Leoni è "Elena" "anziché "Anna, referente di "Area cure primarie" anziché di "Area Territoriale".
- 2°) **Di sostituire** pertanto l'allegato B) alla delibera 829 del 29.12.2010 con l'allegato A), quale parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione.

Il Responsabile del procedimento  
Coll. Professionale Sanit.  
(Dott. Marino BARASSI)



Dirigente Amministrativo  
Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane  
(Dott.ssa Claudia SALA)



**IL COMMISSARIO**

**VISTA** la sopraesposta proposta di istruttoria.

**ACQUISITI** i pareri favorevoli espressi, ai sensi dell'art. 3, comma 1 quinquies, del D.L.vo 19.06.1999 n. 229, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo:

**DECIDE**

di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

/ps

Letto, confermato e sottoscritto

IL COMMISSARIO  
(Dott. Corrado 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 **9 FEB. 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"/>	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 checked="" 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"/>	

<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"/>	

<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"/>	
<input type="checkbox"/>	