

**Stampa Intero Modello in data : 30/10/2020**

|                                                                          |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE                                 | Anno : 2019                              |
| Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI                               | Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE |
| Istituzione : 9562 - ASL NO (EX NOVARA 13)                               |                                          |
| Organo di Controllo di Primo Livello : RTS NOVARA                        |                                          |
| Unità Organizzativa : S09 SERVIZIO PER LE DIPENDENZE DI VIA SFORZESCA 49 |                                          |

|            | T1 | T1a | T1b | T1c | T1c<br>bis | T1d | T1e | T1f | T1g | T1s<br>d | T2 | T2a | T3 | T4 | T5 | T6 | T7 | T8 | T9 | T10 | T11 | T12 | T13 | T14 | T15 | S1 | S1A | SICI | Tab.<br>Ric. |  |
|------------|----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|----------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|------|--------------|--|
| Tenute     |    |     |     |     |            |     |     |     |     | X        |    |     |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |    | X   |      |              |  |
| Dichiarate |    |     |     |     |            |     |     |     |     | X        |    |     |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |    | X   |      |              |  |
| Inviare    |    |     |     |     |            |     |     |     |     | X        |    |     |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |    | X   |      |              |  |

**Il Modello inviato risulta certificato in data : 10/10/2020**

**Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 10/10/2020**

Firma del Responsabile del procedimento amministrativo di cui alla L. n. 241/90 .....

**Si attesta la conformità dei dati con le scritture amministrativo contabili e, ove previsto, con quanto dichiarato nelle specifiche informazioni sulla Contrattazione integrativa ex art. 40-bis del d.lgs.165/2001 (tabelle 15 e schede SICI).**

**Si prende atto delle eventuali incongruenze segnalate dal sistema SICO e delle giustificazioni addotte dall'amministrazione.**

Firma del Presidente del collegio dei revisori .....

# Scheda Informativa 1

## Informazioni Istituzione

Partita IVA : 01522670031

Codice Fiscale : 01522670031

Telefono : 374111

Fax : 374519

Email : [protocollogenerale@pec.asl.novara.it](mailto:protocollogenerale@pec.asl.novara.it)

Via : VIALE ROMA

Numero Civico : 7

C.A.P. : 28100

Città : NOVARA

Provincia : NO

Codice Catastale : F952

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.asl.novara.it](http://www.asl.novara.it)

## Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla legge 7/8/90, N.241 Capo II

(in assenza di tale indicazione sarà considerato responsabile il direttore generale)

| Cognome | Nome     | Telefono | Fax    | EMail                                                                            |
|---------|----------|----------|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| CORONA  | GIANLUCA | 374564   | 374565 | <a href="mailto:gianluca.corona@asl.novara.it">gianluca.corona@asl.novara.it</a> |

## Referente Da Contattare

| Cognome | Nome    | Telefono    | Fax         | EMail                                                                        |
|---------|---------|-------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------|
| DIANA   | ROSSANA | 0322 848312 | 0322 848587 | <a href="mailto:personale.bor@asl.novara.it">personale.bor@asl.novara.it</a> |

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

*I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti*

## **Domande presenti in circolare:**

INDICARE IL NUMERO DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA.

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALE, DI STUDIO, RICERCA E CONSULENZA.

INDICARE IL NUMERO DI CONTRATTI PER PRESTAZIONI PROFESSIONALI CONSISTENTI NELLA RESA DI SERVIZI O ADEMPIMENTI OBBLIGATORI PER LEGGE.

INDICARE IL TOTALE DELLE SOMME TRATTENUTE AI DIPENDENTI NELL'ANNO DI RILEVAZIONE PER LE ASSENZE PER MALATTIA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 71 DEL D.L. N. 112 DEL 25/06/2008 CONVERTITO IN L. 133/2008.

QUANTI SONO I DIPENDENTI AL 31.12 IN ASPETTATIVA PER DOTTORATO DI RICERCA CON RETRIBUZIONE A CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE AI SENSI DELL'ARTICOLO 2 DELLA LEGGE 476/1984 E S.M.?

QUANTE PERSONE SONO STATE IMPIEGATE NELL'ANNO (TEMPO DETER., CO.CO.CO., INCARICHI O ALTRI TIPI DI LAV. FLESSIBILE) IL CUI COSTO È TOTALMENTE SOSTENUTO CON FINANZIAMENTI ESTERNI DELL'U.E. O DI PRIVATI?

INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ RILEVATE IN TABELLA 1 TRA I "PRESENTI AL 31.12" CHE RISULTAVANO TITOLARI DI PERMESSI PER LEGGE N. 104/92.

INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ RILEVATE IN TABELLA 1 TRA I "PRESENTI AL 31.12" CHE RISULTAVANO TITOLARI DI PERMESSI AI SENSI DELL'ART. 42, C.5 D.LGS.151/2001 E S.M.

INDICARE IL NUMERO DEI MEDICI CONVENZIONATI CUI È STATO CONFERITO L'INCARICO DI DIRETTORE DI DISTRETTO AI SENSI DELL'ART. 3-SEXIES, COMMA 3, DEL D.LGS. 502/92.

INDICARE IL COSTO DEI MEDICI CONVENZIONATI CUI È STATO CONFERITO L'INCARICO DI DIRETTORE DI DISTRETTO AI SENSI DELL'ART. 3-SEXIES, COMMA 3, DEL D.LGS. 502/92.

INDICARE IL NUMERO DEL PERSONALE RELIGIOSO CHE SULLA BASE DI SPECIFICHE CONVENZIONI PRESTA SERVIZIO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

INDICARE IL COSTO DEL PERSONALE RELIGIOSO CHE SULLA BASE DI SPECIFICHE CONVENZIONI PRESTA SERVIZIO PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA

NUMERO DI CONVENZIONI IN VIGORE NEL CORSO DELL'ANNO PER L'UTILIZZO DI PERSONALE PROVENIENTE DA ALTRE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

UNITÀ DI PERS.DIRIGENTE PRESENTI IN TABELLA 1 PER LE QUALI SUSSISTE UN GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA ALLA MANSIONE EX ART. 41,C.6, LETT.B) D.LGS. 81/2008 CON SOLO RIFERIMENTO ALLE LIMITAZIONI

UNITÀ DI PERSONALE DIRIGENTE DI CUI ALLA PRECEDENTE DOMANDA PER LE QUALI IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA HA DETERMINATO L'ESCLUSIONE DALLA TURNAZIONE SULLE 24/ORE E DALLA PRONTA DISPONIBILITÀ

UNITÀ DI PERS. NON DIRIGENTE PRESENTI IN TABELLA 1 PER LE QUALI SUSSISTE UN GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA ALLA MANSIONE EX ART. 41,C.6, LETT.B) D.LGS. 81/2008 CON SOLO RIFERIMENTO ALLE LIMITAZIONI

UNITÀ DI PERS. NON DIRIGENTE DI CUI ALLA PRECEDENTE DOMANDA PER LE QUALI IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ CONDIZIONATA HA DETERMINATO L'ESCLUSIONE DALLA TURNAZIONE SULLE 24 ORE E/O DALLA PRONTA DISPONIBILITÀ

UNITÀ DI PERSONALE DIRIGENTE COLLOCATE IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PRESSO LA STESSA O ALTRA AMMINISTRAZIONE

UNITÀ DI PERSONALE NON DIRIGENTE COLLOCATE IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI PER ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO PRESSO LA STESSA O ALTRA AMMINISTRAZIONE

INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE NEL CORSO DELL'ANNO DI RILEVAZIONE DAGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

INDICARE IL COSTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

INDICARE IL COSTO DEI MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

## Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

**Cognome**

**Nome**

**E-Mail (sostituisce l'ENTE  
RAPPRESENTATO delle rilevazioni  
precedenti)**

**Note e chiarimenti alla  
rilevazione:**

## T1SD - Personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale

| Profilo Professionale            | Numero Dipendenti |          |                       |          |                        |          | Altre forme di rapporto professionale |           |
|----------------------------------|-------------------|----------|-----------------------|----------|------------------------|----------|---------------------------------------|-----------|
|                                  | T.Pieno           |          | Part Time fino al 50% |          | Part Time oltre il 50% |          | U                                     | D         |
|                                  | U                 | D        | U                     | D        | U                      | D        |                                       |           |
| <b>MEDICO</b>                    | 1                 | 0        | 0                     | 0        | 0                      | 0        | 3                                     | 4         |
| <b>PERSONALE INFERMIERISTICO</b> | 0                 | 1        | 0                     | 0        | 0                      | 0        | 2                                     | 6         |
| <b>TOTALE :</b>                  | <b>1</b>          | <b>1</b> | <b>0</b>              | <b>0</b> | <b>0</b>               | <b>0</b> | <b>5</b>                              | <b>10</b> |