

Regione Piemonte - Azienda Sanitaria Locale CN2 "Alba - Bra"

D e t e r m i n a z i o n e D i r e t t o r i a l e

OSRU/DET/2010/MET-34

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
636	000	PER	10	0091	14 APRILE 2010

O G G E T T O :

CORSI MET.AL: 3° E 4° MODULO 2010 (22 E 23 APRILE 2010).

**I L D I R E T T O R E D E L L A S . O . C .
A M M I N I S T R A Z I O N E D E L P E R S O N A L E**

In virtù della delega conferitagli dal Direttore Generale di cui al provvedimento n. 1928/100/DIG/08/0038 del 10 novembre 2008;

Viste le determinazioni:

- n. 1264/COM del 01.10.1996, con la quale vennero attivati i Corsi BLS Provider (esecutore), che conferiscono l' idoneità all' esecuzione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base con certificazione, secondo i criteri stabiliti dall' American Heart Association (A.H.A.), con durata di 8 ore cadauno;
- n. 129/OSR/PER/10/0007 del 2 febbraio 2010, con la quale si è autorizzato l' espletamento dei moduli anno 2010 –e contestualmente si è autorizzata la relativa spesa;

Individuate le seguenti date per l' effettuazione del 3° e 4° modulo (8 ore), del corso di che trattasi il **22 e 23 aprile 2010**;

Ritenuto di dover concedere ai dipendenti di cui al dispositivo del presente atto di partecipare ai Corsi secondo le modalità di cui al Regolamento per l' Aggiornamento Professionale dell' A.S.L., approvato con determinazione n. 979/COM del 19 agosto 1996;

Avendo il sottoscritto curato l' istruttoria della pratica;

D E T E R M I N A

- di concedere ai dipendenti, ai sensi degli artt. 16 bis e seguenti D. Lgs 502/1992, e 23 C.C.N.L./2005 per la dirigenza e gli artt. 29 C.C.N.L./1999, 20 C.C.N.L./2004 e 17 C.C.I.A. per il personale del comparto l' autorizzazione a partecipare, in regime di aggiornamento professionale in orario di servizio, i giorno **22 e 23 aprile 2010**, ai corsi indicati in premessa;

22 aprile 2010

NOMINATIVO:

REPARTO:

MORELLO MANUELA

CHIRURGIA

ALBA

Segue determinazione n. 636/000/PER/10/0091 del 14 aprile 2010

DI PASQUALE IDA MONICA	ORTOPEDIA	ALBA
POSSIO ARIANNA	OST/GIN	ALBA
RINALDI MARINA	UROLOGIA	ALBA
BAUDINO STEFANIA	DIALISI	ALBA
PAGLIASSO ROSA ANNA	CARDIOLOGIA	ALBA
BARSOTTI D.SSA BIANCA PAOLA	MED. D'URGENZA	ALBA
SQUILLARIO CATERINA	MED. II	CANALE
PUCCETTI DOTT. LUCA	UROLOGIA	ALBA
ALMONDO MARILENA	SALA OP. CHIR.	ALBA
BRUSCHI NATALINA	118	BRA
BUCCA FRANCESCO	ORTOPEDIA	BRA
CAPRIOLO DANIELA	ANESTESIA	BRA
GORRINI GIANPAOLO	S.R.R.F.	BRA
BAIGI DOTT. MEHRZAD	RADIOLOGIA	BRA

23 aprile 2010

NOMINATIVO:

DI SALVO GIUSEPPE
GERMANO ANDREA
BORIO FRANCO
COSTA LIDIA
CANONICA ROBERTA
BALLAURI CLAUDIA
MUSSO D.SSA CLAUDIA
GORGA ELENA
IPPOLITO SILVANA
RAUSA PATRIZIA
FERRERO SILVANA
DE NISI CARMELINA
IORI DOTT. VINCENZO
CERRATO ALFONSO
PETRINI CHIARA

REPARTO:

D.S.M. ALBA
LAB. ANALISI ALBA
A.S.T. ALBA
S.R.R.F. ALBA
POLIAMBUL. OSP. ALBA
POLIAMBUL. EXTRAOSP. ALBA
S.I.S.P. ALBA
MED. CANALE CANALE
SER.T. ALBA
SER.T. ALBA
RIANIMAZ. ALBA
DEA ALBA
RIANIMAZ. ALBA
LAB. ANALISI BRA
N.P.I. BRA

– di dare atto che la spesa per l'espletamento dei corsi di cui in oggetto è stata autorizzata con provvedimento n. 129/OSR/PER/10/0007 del 2 febbraio 2010.

Letto, approvato e sottoscritto.

IL DIRETTORE DELLA S.O.C.
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
 Franco CANE
 F.TO CANE

Archivio: IV.2.16.1 – IV.2.16.5
 TR/lm

Segue determinazione n. 636/000/PER/10/0091 del 14 aprile 2010

<p>Invio al controllo della Giunta della Regione, ex art. 2, c. 1, L.R. 30 giugno 1992, n. 31 prot. n. _____ del _____, ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Richiesta chiarimenti da parte della Regione prot. n. _____ del _____</p> <p>Risposta chiarimenti da parte della Regione con nota prot. n. _____ del _____, ricevuta dalla Regione in data _____</p> <p>Provvedimento conclusivo del procedimento n. _____ del _____</p> <p><input type="checkbox"/> declaratorio di nullità o decadenza <input type="checkbox"/> di annullamento o non approvazione <input type="checkbox"/> di approvazione</p>	<p>Invio al Collegio Sindacale Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci: Prot. n. _____ del _____</p> <p>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____ IL FUNZIONARIO INCARICATO _____</p> <p>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi IL FUNZIONARIO INCARICATO S.O.C. AFFARI GENERALI <i>Silvia BARACCO</i> F.TO BARACCO</p>
CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'	
<p>Provvedimenti soggetti al controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> per decorrenza dei termini <input type="checkbox"/> per approvazione da parte della Giunta della Regione</p>	<p>Provvedimenti non soggetti al Controllo della Giunta della Regione</p> <p>Si certifica che la presente determinazione è divenuta esecutiva il _____</p> <p><input type="checkbox"/> essendo immediatamente eseguibile <input type="checkbox"/> essendo trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione (art. 3, L.R. 30/06/92, n. 31)</p>
<p>IL FUNZIONARIO INCARICATO S.O.C. AFFARI GENERALI <i>Silvia BARACCO</i> F.TO BARACCO</p>	