



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

i:\delibere\delibere da pubblicare\delib2010\0832.doc

**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**

NUMERO GENERALE	CODICE PROPOSTA				DATA
	BUDGET	ADOTT.	ANNO	PROGR.	
832	000	PER	10	0137	12 MAGGIO 2010

**O G G E T T O :**

**CORSI BLS PROVIDER: 3° MODULO 2010 (17 MAGGIO 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;

Individuata la seguente data per l'effettuazione del 3° modulo (8 ore), del corso di che trattasi:  
**il 17 maggio 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 sottoelencati dipendenti, ai sensi degli artt. 23 C.C.N.L./2005 (per la dirigenza sia medica che amministrativa, sanitaria tecnica e professionale) e 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, il giorno **17 maggio 2010**, al corso indicato in premessa:

Segue determinazione n. 832/000/PER/10/0137 del 12 maggio 2010

17 maggio 2010

**NOMINATIVO:**

BRACCO ELISA  
CALLERI SABINA  
RIVETTI MARGHERITA  
CADAU VINCENZO  
LAURENTI ADOLFO  
BENEVELLO DAISY  
CARICHINO TOMMASO  
RENTEL IDA  
GRIGORE PAULICA  
BATTIMO FABIO  
DIFUSORIO PATRIZIA  
PECCHENINO ELISA  
COSTAMAGNA MIRELLA

**REPARTO:**

RADIOLOGIA	ALBA
ORTOPEDIA	ALBA
DIALISI	ALBA
MED. I	ALBA
MED. I	ALBA
PEDIATRIA	ALBA
DEA	ALBA
SALA OP. I PIANO	ALBA
O.R.L.	ALBA
MEDICINA	BRA
CHIRURGIA	BRA
OST/GIN	BRA
ANESTESIA	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.2.16.5  
TR/sg

*Segue determinazione n. 832/000/PER/10/0137 del 12 maggio 2010*

<p>Invio al controllo della <b>Giunta della Regione</b>, 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 <b>Collegio Sindacale</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <p>Invio alla <b>Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci:</b>                  Prot. n. _____ del _____</p> <hr/> <p align="center"><b>CERTIFICATO DI REGISTRAZIONE CONTABILE</b>                  Si dichiara l'avvenuta registrazione contabile da parte della S.O.C. Gestione Economico-Finanziaria Alba, li _____  <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  _____</p> <hr/> <p align="center"><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b>                  Si certifica che la presente determinazione è stata posta in pubblicazione presso l'Albo dell'A.S.L. CN2, il _____ per quindici giorni consecutivi    <b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI  <i>Silvia BARACCO</i>                  F.TO BARACCO</p>
<b>CERTIFICATO DI ESECUTIVITA'</b>	
<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 <b>non</b> 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><b>IL FUNZIONARIO INCARICATO</b>                  S.O.C. AFFARI GENERALI  <i>Silvia BARACCO</i>                  F.TO BARACCO</p>	