

**Stampa Intero Modello in data : 8/9/2017**

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE													Anno : 2016													
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI													Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE													
Istituzione : 10831 - ASL 02 LANCIANO-VASTO-CHIETI																										
Unità Organizzativa : P.O. "M. SS. IMMACOLATA DI GUARDIAGRELE"																										

	T1	T1a	T1b	T1c	T1cb is	T1d	T1e	T1f	T1g	T2	T2a	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	S1	S1A	SICI	Tab. Ric.
Tenute		X	X	X				X																	X			
Dichiarate		X		X				X																	X			
Inviare		X		X				X																	X			

**Il Modello inviato risulta certificato in data : 08/09/2017**

**Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 22/07/2017**

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 : 02307130696

Codice Fiscale : 02307130696

Telefono : 00871 358715

Fax : 00871 63711

Email : [direzione.generale@asl2abruzzo.it](mailto:direzione.generale@asl2abruzzo.it)

Via : MARTIRI LANCIANESI

Numero Civico : 17/19

C.A.P. : 66100

Città : CHIETI

Provincia : CH

Codice Catastale : C632

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.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
LOFFREDO	MANUELA	0871 357540	0871 358752	<a href="mailto:manuela.loffredo@aslchieti.it">manuela.loffredo@aslchieti.it</a>

## Referente Da Contattare

Cognome	Nome	Telefono	Fax	EMail
LOFFREDO	MANUELA	0871 357540	0871 358752	<a href="mailto:manuela.loffredo@aslchieti.it">manuela.loffredo@aslchieti.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.

INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ RILEVATE IN TABELLA 1 TRA I "PRESENTI AL 31.12" CHE APPARTENGONO ALLE CATEGORIE PROTETTE (LEGGE N.68/99).

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

## Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

**Cognome**

**Nome**

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

**Note e chiarimenti alla  
rilevazione:**

# T1a Personale dell'azienda sanitaria per figura professionale

Figura Professionale	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U (i)	D (l)	U (m)	D (n)	U (a+c)	D (b+d)
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (g)	D (h)						
<b>PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE</b>														
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>INFERMIERE</b>	26	50	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26	51
<b>OPERATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>INFERMIERE</b>	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
<b>INFERMIERE PEDIATRICO</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA PREVENZIONE</b>														
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>DIETISTA</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>ASSISTENTE SANITARIO</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Figura Professionale	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U (i)	D (l)	U (m)	D (n)	U (a+c)	D (b+d)
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (g)	D (h)						
<b>TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
<b>PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b>														
<b>COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO</b>														
<b>FISIOTERAPISTA</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TOTALE :</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>60</b>

# T1B Personale a Tempo Pieno e Parziale Aziende Sanitarie Universitarie

LA TABELLA NON RISULTA RILEVATA



# T1c Personale delle strutture di ricovero pubbliche per tipologia di personale

Tipologia	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U	D	U	D	U (a+c)	D (b+d)
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
<b>RUOLO SANITARIO</b>														
<b>MEDICO</b>	11	4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12	4
<b>PERS.INFERMIERISTICO</b>	26	54	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	26	55
<b>PERS.TECNICO SANITARIO</b>	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3
<b>PERS.DI VIGILANZA ED ISPEZIONE</b>	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>PERS.DELLA RIABILITAZIONE</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>RUOLO TECNICO</b>														
<b>OPERATORE TECNICO</b>	8	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6
<b>OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL'ASSISTENZA</b>	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
<b>AUSILIARIO SPECIALIZZATO</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>														
<b>COLLABORATORE AMMINISTRATIVO - PROFESSIONALE</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>ASSISTENTE AMMINISTRATIVO</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>COADIUTORE AMMINISTRATIVO</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TOTALE :</b>	<b>53</b>	<b>75</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>78</b>

# T1f Dirigenti medici distinti per specialità in servizio al 31/12

Specializzazioni	Tempo Indeterminato		15 septies (D.Lgs 502/92)		Medici Universitari		Totale Personale	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (a+c+e)	D (b+d+f)
<b>MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE</b>	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>GERIATRIA</b>	2	0	0	0	0	0	2	0
<b>MEDICINA INTERNA</b>	2	0	0	0	0	0	2	0
<b>PATOLOGIA CLINICA</b>	2	0	0	0	0	0	2	0
<b>RADIODIAGNOSTICA</b>	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA</b>	6	2	0	0	0	0	6	2
<b>LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA ALLARGATA*</b>	6	1	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE :</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>4</b>

(\*) La figura professionale evidenziata non concorre a determinare i totali di colonna