

26/07

3^{av} settimana

(1)

Regione Abruzzo
AZIENDA SANITARIA LOCALE n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

L. R. 10 marzo 2008, n. 5

Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Allegato 17
1/2

U.O.C. MEDICINA LEGALE

Commissione Medica Integrata CHIETI - Via Martiri Lancianesi, 17 - CHIETI

Presidente Dr.ssa Anna ROSSI

Segreteria 0871 353335-7

Protocollo n. 212121

Chieti, _____

SEDE I.N.P.S.
SETTORE INVALIDI CIVILI
Direttore Primo SECONDO

Via Domenico Spezioli, 12
66100 CHIETI

Oggetto: ACCERTAMENTI SANITARI - Legge 104/92.

Vista la richiesta inoltrata dalla S.V. ed acquisita da questa UOC di Medicina Legale al Prot. N. 52139 del 08/07/2018;

Visti gli Atti d'Ufficio:

si comunica che lo scrivente Ufficio ha regolarmente disposto il calendario degli accertamenti medico-legali, di cui alla Legge 104/92, con indicazione della sede di erogazione della prestazione sanitaria e del numero delle pratiche da evadere.

Tanto si comunica per i successivi provvedimenti di competenza.

Restando a disposizione per ogni chiarimento si porgono cordiali saluti.

Il Presidente della Commissione

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

26/07

3^a sessione

(1)

Allegato 17
2/2

	N. Sedute	N. Pratiche	Totale
CHIETI	25	35	A
LANCIANO	28	39	A
VASTO	34	51	A
ATESSA	29	39	A
			B

Calcolare nelle celle **A** il prodotto di "N. Sedute" per "N. Pratiche" per ogni riga
Calcolare nella cella **B** la somma delle celle **A**

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

SS

cus g

[Signature]

26/07

3^a Sezione

REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

(2)
Allegato 18
1/2

**Dipartimento Amministrazione e
Sviluppo Risorse Umane**
Sede di **CHIETI**

Protocollo n.

Chieti,

Alla ASL 01

SEDE

OGGETTO: Sig.ra VERDI Tiziana: liquidazione indennità variabili.

Con deliberazione n° 00023 del 15/06/2018 si è disposto di autorizzare il comando, presso la A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti, del Sig.ra VERDI Tiziana – C.P.S. Infermiere - in servizio presso la ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila.

Con lo stesso atto si è stabilito che al trattamento economico spettante alla Sig.ra VERDI Tiziana provvederà direttamente la ASL di Avezzano Sulmona L'Aquila che avrà cura di chiedere il rimborso delle somme corrisposte all'Ufficio Stipendi della scrivente A.S.L..

Ciò premesso, si comunicano i dati per la liquidazione delle competenze accessorie relative al periodo 01/01/2018-31/03/2018 come evidenziato nell'allegato prospetto.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE DELLA U.O.C.



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



26/07 3^a semestrale

Descrizione	Lavoro Notturno	Servizi su tre turni	Turno giorno festivo
Quantità	25	18	8
	ore	giorni	turni interi
Importo unitario	€ 2,51	€ 5,03	€ 15,63
Importo totale	A	A	A
			B

Calcolare nelle celle A il prodotto di "Quantità" per "Importo unitario" per ogni colonna
Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2
Allegato 18
2/2

26/07 3^a sensone

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2
LANCIANO - VASTO - CHIETI
(L. R. 10/03/2008 n.5)
Partita IVA 02307130696
Sede Legale: Via Martiri Lancianesi, 17/19
66100 CHIETI
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI

3

Allegato 19
4/2

Prot. N. _____

Chieti,

Spett.le Ditta

Oggetto: Richiesta preventivo

Si prega codesta Ditta di voler inviare, stesso mezzo, preventivo per Protesi, tenendo conto che la durata della validità dello stesso deve intendersi fino al 31/12/2018.

Inoltre, si prega inviare:

documento di autorizzazione alla rivendita esclusiva del materiale richiesto unitamente alla copia della pagina del listino prezzi relativo all'anno in corso;

dichiarazione dalla quale si evinca l'allineamento dei prezzi praticati alle altre Strutture del Servizio Sanitario Regionale ovvero, in mancanza, al Servizio Sanitario Nazionale, quale condizione **imprescindibile** per l'affidamento della fornitura, al fine di valutare le condizioni accordate da codesta ditta.

Si evidenzia che la consegna del materiale richiesto riveste carattere di urgenza.

Distinti saluti

Il Direttore
Governo dei Contratti di Servizi e Forniture



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



26/07

3^a Semestre

Preventivo PROTESI			
	Prezzo offerto	Quantità	Totale
DITTA1	€ 1.568,78	6	A
DITTA2	€ 1.542,35	6	A
DITTA3	€ 319,14	6	A
			B

Calcolare nelle celle A il prodotto del "Prezzo offerto" per "Quantità" per ogni riga

Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

ep

[Handwritten signature]

Accettato
2/2

3