

2 AGOSTO 1^a sezione

Allegato 4

1/2

1

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
oooooooooooooooooooo

Dipartimento Governo dei Rapporti Istituzionali e Amministrazione
U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane
Sede di LANCIANO

Protocollo n. 7845
All. n.: 1

Chieti,

REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Ufficio Risorse Umane del SSR
Direttore Dr. Tale dei TALI

Oggetto: **Ricognizione Dirigenti Medici-Veterinari in servizio a tempo indeterminato presso le Aziende UU. SS. LL. della Regione Abruzzo.-**

In riscontro alla nota Prot. RA n. 2541/DF03 del 21/06/2018 si trasmette, in allegato, file in formato excel del personale del profilo professionale DIRIGENTI MEDICI e VETERINARI in servizio alla data del 31 dicembre 2017 presso la scrivente Azienda.

Il prospetto allegato è stato compilato seguendo le indicazioni richieste con la sopraindicata nota regionale.

Restando a disposizione per ogni ulteriore chiarimento ed in attesa di sollecito riscontro alla presente si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE

TC

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

ms
ep
sq

2 AGOSTO 1^o turno

Allegato 4
2/2



| | NUMERO DIRIGENTI | QUOTA SALARIO | TOTALE |
|----------------|------------------|---------------|--------|
| SEMPLICE | 71 | € 351,00 | A |
| COMPLESSA | 13 | € 859,27 | A |
| DIPARTIMENTALE | 21 | € 536,25 | A |
| | | | B |

Calcolare nelle celle A il prodotto di "NUMERO DIRIGENTI per "QUOTA SALARIO" per ogni colonna

Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

[Handwritten signature]

COGNOME

[Handwritten signature]

DATA DI NASCITA

[Handwritten signature]

2 Agosto 1^o versione

Allegato 5
1/2
2

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

N. _____ DEL _____

OGGETTO: Pagamento quadrimestrale contributo gare AVCP.
MAV GENNAIO - APRILE 2018.

PREMESSO CHE:

con cadenza quadrimestrale l'Autorità di cui sopra provvede a rendere disponibile per il pagamento, un bollettino MAV (Pagamento Mediante Avviso) in area riservata del "Servizio riscossione" intestato a questa Stazione Appaltante;

il bollettino MAV codice n. 01 con scadenza del versamento del contributo previsto per il 07/07/2018, riguarda tutte le gare a pagamento, attivate dalla ASL02, scadute o perfezionate nel periodo 1° GENNAIO 2018 – 30 APRILE 2018;

la somma degli importi dei contributi dovuti per ciascun numero di "CIG" assegnato dal sistema SIMOG nel quadrimestre di riferimento è pari a € 2.830,00;

DETERMINA:

- di **imputare** la spesa complessiva derivante dal pagamento del contributo all'AVCP, pari ad € 2.830,00 sul bilancio 2018;
- di **inviare** copia del presente provvedimento alla U.O.C. Programmazione Bilancio e Contabilità affinché emetta mandato di pagamento.

IL DIRETTORE



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



2

2 Agosto 1^a versione

Allegato 5
2/2

| Codice Gara | Oggetto Gara | Importo Gara (€) | Importo Contributo (€) |
|-------------|---|------------------|------------------------|
| 6941030 | FORNITURA DI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO | € 17.134.282,53 | € 800,00 |
| 6943254 | FORNITURA DI DISPOSITIVI MEDICI VARI | € 40.748.523,38 | € 800,00 |
| 6960802 | SISTEMI DIAGNOSTICI PER MICROBIOLOGIA | € 2.100.000,00 | € 600,00 |
| 6965775 | KIT ANGIOGRAFICI | € 94.194,00 | € 30,00 |
| 6968926 | MATERIALI PER ASSORBENZA | € 2.750.000,00 | € 600,00 |
| | | | A |

Calcolare nella cella A la somma Totale di "Importo Contributo (€)"

Prima di stampare scrivere

NOME

DATA DI NASCITA

98
E S
F

2 Agosto 1^o semestre

Allegato 6
s/2
3

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

U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane

Prot. n. 878787
All.ti. n.: 1

Chieti, li _____

RACCOMANDATA A.R.

OGGETTO: *nomina in prova al posto di Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere*

Si comunica che con provvedimento n. 54545 del 22 giugno 2018, la S.V. è stata nominata in prova al posto di *Collaboratore Professionale Sanitario - Infermiere*, mediante scorrimento della graduatoria relativa all'avviso del 12/01/2018 di selezione interna a n. 03 posti.

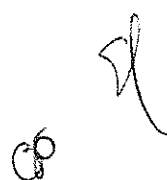
L'inquadramento giuridico ed economico avrà decorrenza a far data dal 1° agosto 2018 secondo la tabella allegata.

La S.V. è invitata a presentarsi il giorno 16 luglio 2018 presso lo scrivente ufficio ai fini della stipula del contratto individuale di lavoro a tempo indeterminato munita di un valido documento di riconoscimento nonché di fotocopia dello stesso.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



3

2 AGOSTO 1^a sessione

Allegato 6
2/2

| PERIODO DI PROVA | | | | |
|---|------------|------|--------|--|
| | Importo | Mesi | Totale | |
| Stipendio Tabellare Iniziale | € 1.852,32 | 6 | A | |
| Indennità professionale specifica | € 85,12 | 6 | A | |
| Indennità di qualificazione professionale | € 75,36 | 6 | A | |
| | | | B | |

Calcolare nelle celle **A** il prodotto di "Importo" per "Mesi" per ogni riga

Calcolare nella cella **B** la somma delle celle **A**

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

SSS
A