

Stampa Intero Modello in data : 24/8/2017

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE	Anno : 2016
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI	Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Istituzione : 10620 - ASL POTENZA - ASP	
Unità Organizzativa : LUNGODEGENZA RIABILITATIVA LAURIA	

	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 : 19/07/2017

Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 07/06/2017

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 : 01722360763

Codice Fiscale : 01722360763

Telefono : 0097131581

Fax : 00971310225

Email : MADDALENA.BERARDI@ASL3.LAGONEGRO.IT

Via : torraca

Numero Civico : 2

C.A.P. : 85100

Città : POTENZA

Provincia : PZ

Codice Catastale : G942

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.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
COLASURDO	ROSA	0971/310581	0971/310225	<a href="mailto:rosa.colasurdo@aspbasilicata.it">rosa.colasurdo@aspbasilicata.it</a>
VENICE	MARIO MICHELE	0973/48577	0973/21730	<a href="mailto:michele.venice@aspbasilicata.it">michele.venice@aspbasilicata.it</a>

## Referente Da Contattare

Cognome	Nome	Telefono	Fax	EMail

# 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)						
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE														
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO														
INFERMIERE	15	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	41
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE														
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO														
FISIOTERAPISTA	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8
LOGOPEDISTA	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
MASSAGGIATORE NON VEDENTE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTALE :	18	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	55

## **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 (a+c)	D (b+d)
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
RUOLO SANITARIO														
MEDICO	11	8	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11	8
FARMACISTA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
BIOLOGO	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
PSICOLOGO	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
PERS.INFERMIERISTICO	15	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	40
PERS.TECNICO SANITARIO	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	2	12	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	12
RUOLO TECNICO														
ASSISTENTE SOCIALE	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
ASSISTENTE TECNICO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
OPERATORE TECNICO	13	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	14
AUSIALIARIO SPECIALIZZATO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0



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 (a+c)	D (b+d)
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
RUOLO AMMINISTRATIVO														
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTALE :	46	84	0	0	1	4	0	1	0	0	0	0	46	84

# 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)
GERIATRIA	3	2	0	0	0	0	3	2
MEDICINA INTERNA	1	0	0	0	0	0	1	0
NEFROLOGIA	3	0	0	0	0	0	3	0
ALTRE SPECIALIZZAZIONI	4	6	0	0	0	0	4	6
TOTALE :	11	8	0	0	0	0	11	8