

Stampa Intero Modello in data : 3/8/2018

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE	Anno : 2017
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI	Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Istituzione : 9514 - ASL TA	
Organo di Controllo di Primo Livello : RTS TARANTO	
Unit� Organizzativa : DSM ASL TA	

	T1	T1a	T1b	T1c	T1c bis	T1d	T1e	T1f	T1g	T1s d	T2	T2a	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	S1	S1A	SICI	Tab. Ric.					
Tenute						X																												
Dichiarate						X																												
Inviare						X																												

Il Modello inviato risulta certificato in data : 25/07/2018

Il Modello inviato   stato certificato la prima volta in data : 25/07/2018

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa Raffaella ZACARI)

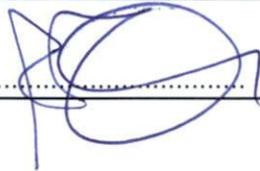
Firma del Responsabile del procedimento amministrativo di cui alla L. n. 241/90



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 : 02026690731

Codice Fiscale : 02026690731

Telefono : 0997786738

Fax : 0997305558

Email : direttoregenerale@asl.taranto.it

Via : VIALE VIRGILIO

Numero Civico : 31

C.A.P. : 74121

Citt  : TARANTO

Provincia : TA

Codice Catastale : L049

Indirizzo pagina web dell'ente : [http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/SAUSSC/Aziende Sanitarie/ASL/ASL Taranto](http://www.sanita.puglia.it/portal/page/portal/SAUSSC/Aziende%20Sanitarie/ASL/ASL%20Taranto)

Responsabile del Procedimento Amministrativo di cui alla legge 7/8/90, N.241 Capo II

(in assenza di tale indicazione sar  considerato responsabile il direttore generale)

Cognome	Nome	Telefono	Fax	EMail
ZACCAGNI	RAFFAELLA	0997786098		RAFFAELLA.ZACCAGNI@ASL.TARANTO.IT

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:

T1d Personale dipendente e convenzionato del dipartimento di salute mentale per profilo professionale

Profilo Professionale	Numero Dipendenti						Numero Convenzionati	
	T.Pieno		Part Time fino al 50%		Part Time oltre il 50%		U	D
	U	D	U	D	U	D		
MEDICO	22	24	0	0	0	0	0	0
DI CUI PSICHIATRI	19	13	0	0	0	0	0	0
PSICOLOGO	7	19	0	0	0	0	0	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	22	53	0	1	0	1	0	0
EDUCATORE PROFESSIONALE	0	1	0	0	0	0	0	0
OTA/O.S.S.	1	3	0	0	0	0	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	1	13	0	0	0	0	0	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	8	4	1	0	0	1	0	0
TOTALE :	61	117	1	1	0	2	0	0