

Alla Direzione di ASSSL/Dipartimento Zona Centro⁽¹⁾

SC/SSD CSM Oristano

DIRETTORE Dott. Antonio Mignano

CENTRO DI RILEVAZIONE⁽²⁾ : SMC020101

PERIODO DI RIFERIMENTO (dal mese al mese) dal 1 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022

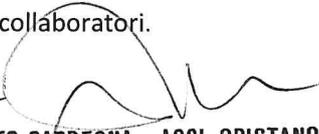
MARZO 

04 MAG. 2022

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che ha effettuato una programmazione congrua ed appropriata dell'orario di servizio e che ciononostante, per rispondere alle esigenze assistenziali volte ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, risultano necessarie ore in prestazioni aggiuntive, avendo utilizzato ogni altro istituto contrattuale disponibile (straordinario, turnazione, orario flessibile, etc.).
Dichiara altresì di non utilizzare l'istituto delle prestazioni aggiuntive per colmare l'eventuale esubero di ore di straordinario dei propri collaboratori.

DATA 25-1-2022

FIRMA DIGITALE


ATS SARDEGNA - ASSSL ORISTANO
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
Il Direttore S. C. CSM Aziendale
Dott. Antonio Mignano

PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Profilo professionale	N. ore settimanali	Tipologia di prestazioni *	Fonte di finanziamento **
Dott.ssa Francesca Fatteri Dirigente Medico Psichiatra	6	Servizi essenziali- LEA	Bilancio Aziendale

*Indicare una delle seguenti tipologie di prestazioni da svolgere in regime di prestazioni aggiuntive:

- Servizi essenziali – LEA;
- Abbattimento liste di attesa;
- Emergenza sanitaria per COVID;
- Emergenza COVID - somministrazione vaccini;
- Emergenza COVID - screening.

Se per un profilo professionale si prevedono più tipologie di prestazioni, specificare in righe distinte.

**Indicare una delle seguenti tipologie di Fonte di finanziamento:

- Progetto finanziato (indicando il codice progetto);
- Emergenza COVID (indicando il codice progetto);

- Bilancio Aziendale.

¹ La presente richiesta deve essere inviata al Direttore Assl/Dip. dopo aver acquisito tutti i pareri necessari.

² Selezionare il Centro dall'elenco di Piano dei Centri di Rilevazione, presente nell'Intranet Aziendale alla sezione *Dipartimento di Staff – Controllo di Gestione – Documenti e tabelle di supporto.*

Prestazioni	Previsione di incremento % rispetto al mese precedente
Visite ambulatoriali	
Ricoveri ospedalieri RO	
Ricoveri ospedalieri DH	
Altre prestazioni *	

* Specificare Tipologia

Motivazioni, finalità generali e descrizione sintetica delle attività.

Valutazione e al trattamento dei pazienti con Disturbo Alimentare presso il territorio della ASSL di Oristano con visite ambulatoriali e attività di sensibilizzazione e prevenzione.

PARERE DIREZIONE DI DIPARTIMENTO (solo per le strutture ospedaliere, se attivato)

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

PARERE DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO/DISTRETTO (solo per le strutture ospedaliere /distrettuali)

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

PARERE DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE (con riferimento al solo personale del comparto)

Favorevole _____ (firma digitale)

Contrario _____ (firma digitale)

Motivazioni Diniego

PARERE SC Controllo di Gestione(per le richieste provenienti dai Dipartimenti di Prevenzione/ Salute Mentale/Farmaco)

Budget Macrostruttura	Capienza Budget	Anticipazione trimestre
------------------------------	------------------------	--------------------------------

	(SI/NO)	(SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		

** Rispetto limite economico finanziario annuale del budget posto dal Bilancio Economico di Previsione*

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):

DATA _____

FIRMA DIGITALE

PARERE SC Programmazione e Controllo dell'Area _____ (per le richieste provenienti dalle ASL)

Budget Macrostruttura	Capienza Budget (SI/NO)	Anticipazione trimestre (SI/NO) *
MACRO 1		
MACRO 4		
MACRO 90		

** Rispetto limite economico finanziario annuale del budget posto dal Bilancio Economico di Previsione*

Richiesta incremento budget (riportare motivazione fornita dalla Macrostruttura):

DATA _____

FIRMA DIGITALE

**PARERE DIREZIONE DI ASSL/DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE/DIPARTIMENTO SALUTE
MENTALE/FARMACO**

Favorevole



LA SPINA VITO
LEONARDO
GIUSEPPE
26.01.2022
15:46:47
GMT+00:00

(firma digitale)



04 MAG. 2022

Contrario

(firma digitale)

Motivazioni Diniego

Oggetto Modulo di richiesta Prestazioni aggiuntive e modifica periodo di riferimento.
Mittente <francesca.fatteri@atssardegna.it>
Destinatario ANTONIO MIGNANO <antonio.mignano@atssardegna.it>
Cc PAOLO SANNA <paolo.sanna@atssardegna.it>
Data 2022-04-11 11:12



-
- ALLEGATO 2 - Modulistica richiesta prestazioni aggiuntive anno 2022_signed-1.pdf (~717 KB)
-

Con la presente si invia in allegato il modulo di richiesta prestazioni aggiuntive della scrivente, autorizzato dall'allora direttore DSMD zona centro, Dott. Vito la Spina in data 26/01/2022, per la formalizzazione della determina.

Si coglie inoltre l'occasione di comunicare che il periodo di riferimento è da considerarsi dal 1 gennaio al 31 marzo 2022, e non al 31 Dicembre 2022 come indicato nel documento sopracitato, essendo la scrivente impossibilitata a proseguire oltre la data del 31/03/2022.

Restando in attesa della numerazione della determina per poter presentare il verbale di liquidazione, si porgono cordiali saluti.

Dott.ssa Francesca Fatteri