

Stampa Intero Modello in data : 27/9/2024

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE | | | | | | | | | | Anno : 2023 | | | | | | | | | |
| Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI | | | | | | | | | | Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | | | | | | | | | |
| Istituzione : 14265 - AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N.5 DI ORISTANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organo di Controllo di Primo Livello : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unità Organizzativa : DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (ORISTANO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | 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 | TFAM | Tab. Ric. |
|------------|----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|----------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|------|------|--------------|
| Tenute | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| Dichiarate | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |
| Inviare | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | |

Il Modello inviato risulta certificato in data : 27/09/2024

Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 27/09/2024

Visualizzazione del Limite 2016

Il sistema controlla che il totale delle risorse della T15, detratte le voci non soggette alla verifica al limite 2016 indicate nella voce LEG398, sia inferiore al limite 2016 indicato nella voce LEG428, con tolleranza di 1000 €.

Deve essere inviata la tabella SICI e/o la T15

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 : 01258180957

Codice Fiscale : 01258180957

Telefono :

Email : protocollo@pec2.asloristano.it

Via : VIA CARDUCCI 35

Numero Civico : 35

C.A.P. : 09170

Città : ORISTANO

Provincia : OR

Codice Catastale : G113

Indirizzo pagina web dell'ente :

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 | EMail |
|---------|-------|----------|----------------|
| prova | prova | 09090909 | prova@prova.it |

Referente Da Contattare

| Cognome | Nome | Telefono | EMail |
|---------|------|----------|-------|
| | | | |

Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti

Domande presenti in circolare:

| | |
|--|--|
| SPESA DI PERSONALE AUTORIZZATA DALLA REGIONE NELL'ANNO DI RILEVAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA | |
| INDICARE IL NUMERO DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE. | |
| INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI 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. | |
| 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.,COLLABORAZIONI PROFES.,INCARICHI O ALTRI TIPI DI LAV.FLESSIBILE)IL CUI COSTO È TOTALMENTE SOSTENUTO CON FINANZ.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 | |

Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

| | |
|---|--|
| DELLE PERSONE RILEVATE COME UNITÀ UOMO/ANNO A TEMPO DETERMINATO NELLA TABELLA 2, QUANTE SONO STATE RECLUTATE CON LE RISORSE DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 401 ,DELLA LEGGE 28 DICEMBRE 2015, N. 208? | |
| DEL COSTO SOSTENUTO PER IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO RILEVATO IN TABELLA 14 , QUANTO SI RIFERISCE ALLE UNITÀ RECLUTATE CON LE RISORSE DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 401, DELLA LEGGE 208/2015? | |
| INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE NEL CORSO DELL'ANNO DI RILEVAZIONE DAGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI | |
| INDICARE IL COSTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI | |
| INDICARE IL COSTO DEI MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI | |
| DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE E INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DI CUI ALLE DOMANDE 6 E 7, A QUANTE PERSONE SONO STATI CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020? | |
| DEL COSTO SOSTENUTO PER COLLABORAZIONI PROFESSIONALI E INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO RILEVATO IN TAB. 14 QUANTO È RIFERITO AGLI INCARICHI CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020? | |
| INDICARE IL NUMERO DELLE PERSONE TRA QUELLE RILEVATE COME UNITÀ UOMO/ANNO A TEMPO DETERMINATO NELLA TABELLA 2 CHE SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020 | |
| DEL COSTO SOSTENUTO PER IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO RILEVATO IN TABELLA 14 , QUANTO SI RIFERISCE ALLE UNITÀ RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020? | |
| INDICARE QUANTE UNITÀ DI PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO RILEVATE IN TABELLA 1 SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART.1,C 5,ULTIMO PERIODO DEL D.L. 34/2020(INFERMIERI DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ) | |
| QUANTE PERSONE SONO STATE ASSUNTE NELL'ANNO A TEMPO DETERMINATO CON LE RISORSE DEL PNRR? | |
| QUANTE PERSONE SONO STATE ASSUNTE NELL'ANNO CON ALTRE FORME FLESSIBILI DI LAVORO (EX INTERINALI, LSU, FORMAZIONE LAVORO) CON LE RISORSE DEL PNRR? | |
| CON QUANTE PERSONE SONO STATI SOTTOSCRITTI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE E INCARICHI NELL'ANNO CON LE RISORSE DEL PNRR? | |
| INDICARE QUANTO DEL COSTO DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SI RIFERISCE A QUELLO SOSTENUTO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMI 4 E 8, DEL D.L. 34/2020 | |
| INDICARE QUANTE TRA LE UNITÀ DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, SECONDO PERIODO DEL D.L. 34/2020 | |
| INDICARE QUANTO DEL COSTO DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SI RIFERISCE AL PERSONALE RECLUTATO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, SECONDO PERIODO DEL D.L. 34/2020 | |

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 | 2 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DI CUI PSICHIATRI | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PSICOLOGO | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 5 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EDUCATORE PROFESSIONALE | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OTA - O.S.S. | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ASSISTENTE SOCIALE | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ALTRO | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALE : | 11 | 54 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |