

Stampa Intero Modello in data : 22/7/2022

|                                                                                          |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE                                                 | Anno : 2021                              |
| Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI                                               | Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE |
| Istituzione : 9416 - ASL SPEZZINO 5                                                      |                                          |
| Organo di Controllo di Primo Livello : RTS LA SPEZIA                                     |                                          |
| Unità? Organizzativa : S02 SERVIZIO PER LE DIPENDENZE DI VIA DANTE ALIGHIERI, 33 SARZANA |                                          |

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

Il Modello inviato risulta certificato in data : 22/07/2022

Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 22/07/2022

## 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 : 00962520110

Codice Fiscale : 00962520110

Telefono : 0187533916

Email : barbara.graverini@asl5.liguria.it

Via : FAZIO

Numero Civico : 30

C.A.P. : 19121

Città? : LA SPEZIA

Provincia : SP

Codice Catastale : E463

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.asl5.liguria.it](http://www.asl5.liguria.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   | EMail                             |
|-----------|---------|------------|-----------------------------------|
| GRAVERINI | BARBARA | 0187533916 | BARBARA.GRAVERINI@ASL5.LIGURIA.IT |

## Referente Da Contattare

| Cognome | Nome  | Telefono   | EMail                         |
|---------|-------|------------|-------------------------------|
| VIRGONA | ELISA | 0187534742 | ELISA.VIRGONA@ASL5.LIGURIA.IT |

# 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.      |  |
| 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                                                      |  |
| INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE NEL CORSO DELL'ANNO DI RILEVAZIONE DAGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI                                                                           |  |

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

|                                                                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INDICARE IL COSTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI                                                                                                                                                |  |
| INDICARE IL COSTO DEI MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITA' DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI                                                                                                              |  |
| NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI CO.CO.CO. CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS D.L. 18/2020 CON DISPOSIZIONI APPLICABILI AL 2021 AI SENSI ART. 1,COMMA 423 LEGGE 178/2020                   |  |
| COSTO SOSTENUTO PER INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI CO.CO.CO. CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS D.L. 18/2020 CON DISPOSIZIONI APPLICABILI AL 2021 AI SENSI ART. 1,COMMA 423 LEGGE 178/2020            |  |
| INDICARE LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO CONFERITO AI SENSI DELL'ART.2-TER D.L. 18/2020 CON DISPOSIZIONI APPLICABILI AL 2021 AI SENSI ART. 1,COMMA 423 LEGGE 178/2020 |  |
| COSTO SOSTENUTO PER LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A T. DETERM. CONFERITO AI SENSI DELL'ART.2-TER D.L.18/2020 CON DISPOSIZIONI APPLICABILI AL 2021 AI SENSI ART. 1,C. 423 LEGGE 178/2020 |  |
| INDICARE IL NUMERO DELLE UNITÀ DI PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 5, ULTIMO PERIODO DEL D.L. 34/2020 PRESENTI AL 31.12.2021 (INFERMIERI DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ) |  |
| INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER SPESA DI PERSONALE AI SENSI DELL'ART. 1, COMMI 4 E 8, DEL D.L. 34/2020                                                                                                   |  |
| INDICARE IL NUMERO DI PERSONALE ASSUNTO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, SECONDO PERIODO DEL D.L. 34/2020                                                                                                  |  |
| INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER PERSONALE ASSUNTO 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:**

## T1SD - Personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale

| Profilo Professionale     | Numero Dipendenti |    |                       |   |                        |   | Altre forme di rapporto professionale |   |
|---------------------------|-------------------|----|-----------------------|---|------------------------|---|---------------------------------------|---|
|                           | T.Pieno           |    | Part Time fino al 50% |   | Part Time oltre il 50% |   | U                                     | D |
|                           | U                 | D  | U                     | D | U                      | D |                                       |   |
| MEDICO                    | 0                 | 2  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| DI CUI PSICHIATRI         | 0                 | 2  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| PSICOLOGO                 | 1                 | 1  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | 4                 | 6  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| EDUCATORE PROFESSIONALE   | 0                 | 1  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| ASSISTENTE SOCIALE        | 0                 | 1  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO  | 0                 | 1  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| ALTRO                     | 0                 | 2  | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |
| TOTALE :                  | 5                 | 14 | 0                     | 0 | 0                      | 0 | 0                                     | 0 |