

Stampa Intero Modello in data : 16/7/2025

|                                                                    |                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE                           | Anno : 2024                            |
| Tipo Istituzione : DIPARTIMENTO DI SALUTE                          | Contratto : SERVIZIO SANITARIO PRIVATO |
| Istituzione : 12704 - DSM PVT ASL 5 LIGURIA                        |                                        |
| Organo di Controllo di Primo Livello : -- RPS/UCB Non associato -- |                                        |

|            | SI1 | T1abis | T1cbis | T1dbis | T1fbis |
|------------|-----|--------|--------|--------|--------|
| Tenute     | X   |        |        | X      |        |
| Dichiarate | X   |        |        | X      |        |
| Inviare    | X   |        |        | X      |        |

Il Modello inviato risulta certificato in data : 16/07/2025

Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 16/07/2025

Riepilogo Anomalie

|       |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|-------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
|       | NSIS | SQ1 | SQ2 | SQ3 | SQ4 | SQ5 | SQ6 | SQ7 | SQ8 | SQ9 | SQ10 |
| Stato | -    | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO   |

|       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |      |      |      |      |      |      |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
|       | IN1 | IN2 | IN3 | IN4 | IN5 | IN6 | IN7 | IN8 | IN9 | IN10 | IN11 | IN12 | IN13 | IN14 | IN15 | IN16 | IN17 |
| Stato | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO  | NO   | NO   | NO   | NO   | NO   | NO   | NO   | NO   |

Qualora presenti, il dettaglio delle anomalie e delle giustificazioni addotte dall'amministrazione alle incongruenze è riportato nel "PDF delle anomalie" che dovrà essere presentato all'Organo di controllo contestualmente al presente modello del Conto annuale

- "Giustificazione presente" se lo stato ha valore GP;  
"Accettata con riserva" se lo stato ha valore GR;  
"Accettata" se lo stato ha valore GA;  
"Non applicabile per il contratto corrente" se lo stato ha valore "-";

## Commenti Organi Di Controllo

Nessun commento inserito degli organi di controllo

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 :

Codice Fiscale :

Telefono :

Email :

Via :

Numero Civico :

C.A.P. :

Città :

Provincia :

Codice Catastale :

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

E-Mail

## Referente Da Contattare

Cognome

Nome

Telefono

E-Mail

## Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

*I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti*

*Domande presenti in circolare:*

## Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

**Cognome**

**Nome**

**E-Mail (sostituisce l'ENTE  
RAPPRESENTATO delle rilevazioni  
precedenti)**

**Note e chiarimenti alla  
rilevazione:**

# T1dbis Personale dipendente e convenzionato delle strutture sanitarie convenzionate con il Dipartimento di Salute Mentale per profilo professionale

| Profilo Professionale                     | Numero Dipendenti |       | Numero Convenzionati |       |
|-------------------------------------------|-------------------|-------|----------------------|-------|
|                                           | Uomini            | Donne | Uomini               | Donne |
| MEDICO                                    | 5                 | 1     | 1                    | 0     |
| DI CUI PSICHIATRI                         | 1                 | 1     | 0                    | 0     |
| PSICOLOGO                                 | 0                 | 2     | 1                    | 0     |
| PERSONALE INFERMIERISTICO                 | 3                 | 13    | 0                    | 0     |
| TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | 0                 | 2     | 0                    | 0     |
| EDUCATORE PROFESSIONALE                   | 0                 | 4     | 0                    | 0     |
| OTA - O.S.S.                              | 5                 | 22    | 0                    | 0     |
| ASSISTENTE SOCIALE                        | 0                 | 1     | 0                    | 0     |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO                  | 2                 | 1     | 0                    | 0     |
| ALTRO                                     | 0                 | 8     | 0                    | 0     |
| TOTALE :                                  | 15                | 54    | 2                    | 0     |