



RECEVUTO  
12/09/2012

**OGGETTO: Presa d'atto variazione indirizzo studio privato Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) e tariffe prestazioni. – Dr. SAVIANO Pasquale. – U.O. Salute Mentale DS49.**

*AS*

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE  
E RESPONSABILE UFFICIO A.L.P.I.**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I. aziendale e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Responsabile Ufficio A.L.P.I. a mezzo di sottoscrizione della presente.

**PREMESSO:**

- Che con deliberazione aziendale n.447 del 23.9.2009 ad oggetto "Adozione Regolamento attività libero professionale intramoenia." E s.m.i., questa Azienda in attuazione della Legge n.120 del 03.8.2007, ha inteso regolamentare l'esercizio dell'A.L.P.I.;
- Che con deliberazione aziendale n.225 del 26.4.2012 il Direttore Generale aziendale ha costituito l'Ufficio A.L.P.I. della ASL NA3 Sud;

**RICHIAMATO:**

- Il precitato Regolamento aziendale nella parte in cui è stabilito che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'A.L.P.I., ancorchè autorizzati, devono formulare al Direttore Generale istanza per ottenere l'autorizzazione;

**VISTA:**

La nota inoltrata dal Dr. **SAVIANO Pasquale** – Dirigente medico in servizio presso il U.O. Salute Mentale – DS49; e relativi allegati, pervenuti al protocollo aziendale in data 25.9.'12 al n.59725, allegati al presente atto, con la quale il precitato sanitario comunica la variazione dell'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. e la variazione delle tariffe delle prestazioni A.L.P.I.;

**CONSIDERATO:**

Che il medesimo Dirigente veniva già autorizzato all'esercizio dell'A.L.P.I. con deliberazione aziendale n.165 del 28.12.2011, allegata alla presente;

**RITENUTO:**

- Di dover prendere atto della nota pervenuta al protocollo aziendale n.59725 del 25.9.'12, e relativi allegati, inoltrata dal **Dr. SAVIANO Pasquale**, con la quale comunica la variazione dell'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. e la variazione delle tariffe delle prestazioni A.L.P.I.;

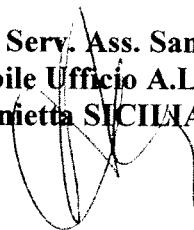
**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di prendere atto della nota pervenuta al protocollo aziendale n.59725 del 25.9.'12, e relativi allegati, inoltrata dal **Dr. SAVIANO Pasquale**, con la quale comunica la variazione dell'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. e la variazione delle tariffe delle prestazioni A.L.P.I.;
- Di dare atto che la tipologia e le tariffe delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla precitata nota e parte integrante del presente atto;



- Di dare atto che l'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. è **POMIGLIANO D'ARCO**  
- **Via Locatelli, 3.**

**Il Direttore UOC Serv. Ass. San. di Base  
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.  
Dr.ssa Antonietta SICILIANO**



### **IL DIRETTORE GENERALE**

Preso atto delle dichiarazioni di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., nonché delle dichiarazioni di legittimità tecnica e amministrativa rese dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede e sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

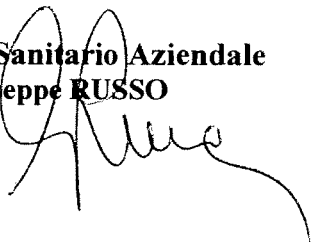
### **DELIBERA**

- Di prendere atto della nota pervenuta al protocollo aziendale n.59725 del 25.9.'12, e relativi allegati, inoltrata dal **Dr. SAVIANO Pasquale**, con la quale comunica la variazione dell'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. e la variazione delle tariffe delle prestazioni A.L.P.I.;
- Di dare atto che la tipologia e le tariffe delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla precitata nota e parte integrante del presente atto;
- Di dare atto che l'indirizzo dello studio privato ove eroga l'A.L.P.I. è **POMIGLIANO D'ARCO**  
- **Via Locatelli, 3.**

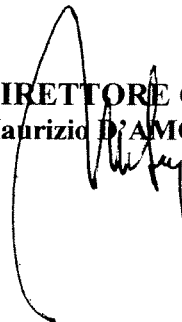
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- Il Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., sarà responsabile in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i conseguenziali adempimenti.

**Il Direttore Sanitario Aziendale  
Dr. Giuseppe RUSSO**



**IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Maurizio D'AMORA**



ASL  
C. di Pomigliano d'Arco

Amministrazione Sanitaria di Base  
AS

Prot. 2864/es  
del 27/9/12

ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Arrivo  
N. 0059725 del 25/09/2012 - 09:50



Al Responsabile Ufficio ALPI  
Dott.ssa A. Siciliano  
SEDE

Castellammare di Stabia, 24 settembre 2012

Oggetto: Rettifica delibera autorizzativa attività intramoenia dott. Pasquale Saviano matr. 2010742

Il sottoscritto dott. Pasquale Saviano, dipendente di codesta ASL in servizio presso l'UOC Salute Mentale di Nola con matr. 2010742 già autorizzato con delibera n° 165/2011, chiede la modifica delle tariffe precedentemente indicate e la correzione della sede dello studio che nella delibera suddetta risulta errata. A tal uopo allega tutta la documentazione necessaria.

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Dott. Pasquale Saviano



Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
Tel.081/8729080 – 8729502 Fax 081/8729507

**MODULO PER L' OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE  
INTRAMOENIA**

Prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI



Il sottoscritto Dr PASQUALE SAVIANO C.F SVN PQL 68B17 G190M, nato il 17 febbraio 1968

In servizio presso l' U.O. di Salute Mentale Nola dell'Ospedale/Distretto/ Servizio 49 (Nola)

**AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO**

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: **PSICHIATRIA**

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI, ad esercitare l'attività intramoenia in un' altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni.

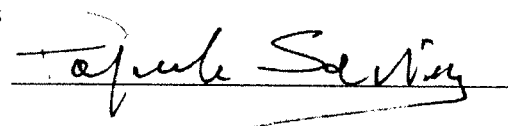
Disciplina \_\_\_\_\_

Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

Struttura \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Polizza RC terzi ed infortuni n. 261052567 Compagnia GENERALI S.p.A  
Polizza RC Contratto N° A8LDAAFAAAA Compagnia LLOYD'S  
La stipula della polizza è necessaria per l' inizio effettivo dell' attività libero professionale

FIRMA



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

**ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA  
PROFESSIONE INTRAMURALE DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA  
EQUIPE**

Al Sig. Direttore DSM  
Al Direttore Amministrativo ASL Napoli 3 Sud  
All'Ufficio ALPI

S E D E

Prestazioni effettuabili dal dr PASQUALE SAVIANO Matricola 10742

oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina \_\_\_\_\_

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
Visita psichiatrica	80	45
Visita psichiatrica domiciliare	150	45
Psicoterapia individuale	60	60
Colloquio di approfondimento	50	45
Valutazione psicodiagnostica	200	120



Empty table structure with 3 columns: Prestazione e/o intervento chirurgico, Tariffa, Tempo (minuti). The table is currently empty and crossed out with a large diagonal line.

Delibera n.447/2009 - art2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportare per ciascun dipendente un volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
Tel. 081/8729080 – 8729502 Fax 081/8729507

**DOMANDA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'  
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE  
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE**

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr PASQUALE SAVIANO, nato il 17 febbraio 1968, dirigente medico equiparato, con incarico di " PSICOTERAPIA " ex art. 27 let c CCNL presso l' Unità operativa di salute mentale Nola dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale 49, a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CHIEDE**

di poter effettuare l' attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il proprio studio professionale

città POMIGLIANO, (Napoli) CAP 80038

indirizzo via ANTONIO LOCATELLI 3 tel 3388281252

nei giorni di LUNEDI E MERCOLEDI

con orario dalle ore 16.00 alle ore 20.00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no

si

**2° studio**

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nei giorni di \_\_\_\_\_

con orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no

si

le tariffe sono quelle comunicate all' azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA Pasquale Saviano



**MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO  
PROFESSIONALE**

Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dott. Pasquale Saviano, nato il 17/02/1968, dirigente medico equiparato con incarico di Psicoterapia ex art. 27 let. C, presso l'unità operativa complessa salute mentale di Nola – distretto 49 – a rapporto di lavoro esclusivo con l'ASL Napoli 3 Sud, autorizzato ad effettuare l'attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso lo studio professionale, sito in

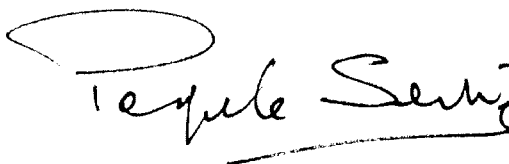
VIA ANTONIO LOCATELLI 3  
POMIGLIANO D'ARCO cap 80038 (NA)  
tel. 3388281252

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata o privato accreditato, comunica in autocertificazione che lo studio professionale:

1. Non rientra tra quelli che necessitano di autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/01
2. È in possesso dei requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente
3. È in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
4. È in regola con gli adempimenti, conformi alla normativa vigente, atti alla gestione di rifiuti speciali e/o pericolosi

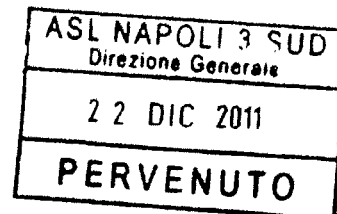
Il sottoscritto, inoltre, dichiara di sollevare l'azienda da ogni onere economico aggiuntivo e da ogni responsabilità civile, penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

Nola, 23 settembre 2012

  
Pasquale Saviano







Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**OGGETTO:** Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. SAVIANO PASQUALE – Dipartimento Salute Mentale - Distretto 49 - Nola.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio GRU e delle risultanze e degli atti su richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore del Servizio GRU a mezzo di sottoscrizione della presente

**PREMESSO CHE:**

CON delibera n.447 del 23/09/2009 ad oggetto "Adozione regolamento attività libero professionale intramoenia", modificata con delibera n. 848/10 e successiva 1410/10, questa ASL in attuazione della legge 120 del 3/08/2007 ha inteso regolamentare l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria effettuato dalla dirigenza medica, sanitaria e veterinaria;

CON delibera n. 751 del 23/12/2009 è stata costituita la Commissione Paritetica Aziendale di Monitoraggio con compiti di verifica e monitoraggio attività ALPI;

CON determina dirigenziale n. 320 del 12/03/2010 del Servizio Gestione Risorse Umane è stato costituito l'Ufficio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia(Ufficio ALPI);

**RICHIAMATO** il predetto regolamento nella parte in cui stabilisce che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'attività intramoenia, ancorchè già autorizzati, devono formulare alla Direzione Generale istanza per ottenerne l'autorizzazione;

**VISTA**

la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dal Dott. **Saviano Pasquale** Dirigente di Psichiatria incardinato presso il Dipartimento di Salute Mentale – Distretto 49 di Nola - con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'attività professionale in regime di intramoenia nella disciplina specialistica di **Psichiatria** da effettuarsi:

- presso il proprio studio professionale con sede a Ottaviano – Via Genio Militare n.38

**PRESO ATTO** dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio ALPI;

**RITENUTO**

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott. Saviano Pasquale a svolgere l'attività libero professionale nella disciplina di Psichiatria;

**SI PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

-**Di accogliere** la richiesta del Dott. **SAVIANO PASQUALE** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA** da effettuarsi :

- presso il proprio studio professionale con sede a Ottaviano - Via ~~Via~~ Genio Militare n.38, fino alla realizzazione da parte dell'Azienda di proprie idonee strutture e spazi distinti e separati per l'esercizio dell'attività ALPI in regime di ricovero ed ambulatoriale intra ed extra ospedaliera (art.20, comma 3, regolamento aziendale).

-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dal Dott. Saviano Pasquale, in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente.

-**che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione.

**Il Responsabile Ufficio ALPI**  
**D.ssa M. Franca Vitiello**

**Il Direttore Servizio GRU**  
**D.ssa Anita Vicino**

*Vitiello*

*[Signature]*

*[Signature]*



## IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO DELLA REGOLARITA' DELLA ISTRUTTORIA COMPIUTA DAL SERVIZIO GRU  
NONCHE' DELLA DICHIARAZIONE DI LEGITTIMITA' TECNICA ED AMMINISTRATIVA RESA DAL  
DIRETTORE SERVIZIO GRU PROPONENTE CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA CHE  
PRECEDE

Nelle more della nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

### DELIBERA

**-Di accogliere** la richiesta del Dott. SAVIANO PASQUALE intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA** da effettuarsi :

- presso il proprio studio professionale con sede a Ottaviano - Via Genio Militare n.38 , fino alla realizzazione da parte dell'Azienda di proprie idonee strutture e spazi distinti e separati per l'esercizio dell'attività ALPI in regime di ricovero ed ambulatoriale intra ed extra ospedaliera (art.20, comma 3, regolamento aziendale).

**-Dare atto** che la tipologia di prestazioni effettuabili dal Dott.Saviano Pasquale in regime libero professionale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente:

**-che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

L'Ufficio ALPI in uno al Servizio GRU proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i consequenziali adempimenti

**Dare** alla presente immediata esecuzione.

**Atto** non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Maurizio D'Amora

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 – 80053 Castellammare di Stabia  
 PI/CF 06322711216  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729080 – 8729502 Fax 081/8729507



**ELENCO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUABILI IN LIBERA  
 PROFESSIONE INTRAMURALE DAL SINGOLO DIRIGENTE O DALLA  
 EQUIPE**



Al Sig. Direttore DSM  
 Al Direttore Amministrativo ASL Napoli 3 Sud  
 All'Ufficio ALPI

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr PASQUALE SAVIANO Matricola 10742

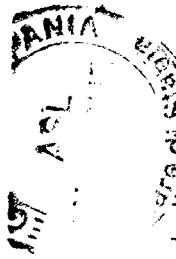
oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina \_\_\_\_\_

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_ Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico	Tariffa	Tempo (minuti)
Visita psichiatrica	100	60
Visita psichiatrica domiciliare	150	60
Psicoterapia individuale	70	60
Colloquio di approfondimento	50	40
Valutazione psicodiagnostica	200	120



Delibera n.447/2009 – art2 – comma 3 – L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportare per ciascun dipendente un volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestatato (DGRC n.4061/01)

Alp/gv

FIRMA

09/01/2012

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 06322711216

**UFFICIO ALPI**

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

**DOMANDA PER SVOLGERE L'ATTIVITA'  
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE  
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE**

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto di PASQUALE SAVIANO, nato il 17 febbraio 1968, dirigente medico equiparato, con incarico di "PSICOTERAPIA" ex art. 27 let c CCNL presso l'Unità operativa di salute mentale Nola dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale 49, a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CHIEDE**

di poter effettuare l'attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il proprio studio professionale

città OTTAVIANO, (Napoli) CAP 80044

indirizzo via GENIO MILITARE 38 tel 3388281252

nei giorni di LUNEDI E MARTEDI

con orario dalle ore 16.00 alle ore 20.00

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no  si

2° studio

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

nei giorni di \_\_\_\_\_

con orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

è situato presso una struttura privata non accreditata ?

no  si

le tariffe sono quelle comunicate all'azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 15/04/10 FIRMA Pasquale Saviano

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 1424 in data 28 DIC 2011

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza del Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

*ST*

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

13

ASL NA 3 SUD

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 28 DIC 2011 A:**

COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 48	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 49	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 50	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 53	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 54	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 55	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 56	
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 59	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	
COORD.TO PROGETTI FONDI		

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 62546 in data 10/10/12

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

*M*

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA**

**10 OTT. 2012**

**A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
	COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
	SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 59	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	