

Stampa Intero Modello in data : 11/9/2021

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE		Anno : 2020	
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI		Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
Istituzione : 9578 - ULSS N. 5 POLESANA (EX ASL ROVIGO 18)			
Organo di Controllo di Primo Livello : RTS ROVIGO E PADOVA			
Unità? Organizzativa : OSPEDALI DI ROVIGO			

	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	Tab. Ric.
Tenute		X	X	X				X																		X			
Dichiarate		X		X				X																		X			
Inviare		X		X				X																		X			

Il Modello inviato risulta certificato in data : 11/09/2021

Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 23/08/2021

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 SIC1 e/o la T15

Firma del Responsabile del procedimento amministrativo di cui alla L. n. 241/90

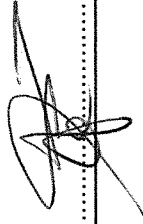
IL DIRETTORE

Dott.ssa Alice Davi

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 adottate dall'amministrazione.

Firma del Presidente del collegio dei revisori



Scheda Informativa 1

Informazioni Istituzione

Partita IVA : 01013470297

Codice Fiscale : 01013470297

Telefono : 0425 3931

Fax : 0425 393967

Email : personale.ro@aulss5.veneto.it

Via : VIALE TRE MARTIRI

Numero Civico : 89

C.A.P. : 45100

Città? : ROVIGO

Provincia : RO

Codice Catastale : H620

Indirizzo pagina web dell'ente : www.aulss5.veneto.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	Fax	Email
DAVI	PATRIZIA	0425 393690	0425 393967	patrizia.davi@aulss5.veneto.it

Referente Da Contattare

Cognome	Nome	Telefono	Fax	Email
CATTELAN	MONICA	0425 393958	0425 393967	monica.cattelan@aulss5.veneto.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

INDICARE IL NUMERO DI DIPENDENTI POSTI IN ESEZIONE DAL SERVIZIO PER EMERGENZA COVID-19

INDICARE IL NUMERO DEI GIORNI CONCESSI AI DIPENDENTI POSTI IN ESEZIONE DAL SERVIZIO PER EMERGENZA COVID-19

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020

INDICARE LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO CONFERITO AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER LE UNITÀ DI PERSONALE CON INCARICO INDIVIDUALE A TEMPO DETERMINATO CONFERITO AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 7, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER GLI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 1, COMMA 7, DEL DL 34/2020

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, DEL D.L. 34/2020

INDICARE IL COSTO SOSTENUTO PER PERSONALE ASSUNTO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, DEL D.L. 34/2020

Componenti Collegio dei Revisori (o Organo Equivalente)

Cognome	Nome	Email (sostituisce l'ENTE RAPPRESENTATO delle rilevazioni precedenti)
---------	------	---

Note e chiarimenti alla rilevazione:

Figura Professionale	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U (i)	D (l)	U (m)	D (n)		
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U (g)	D (h)						
TECNICO AUDIOMETRISTA	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	9	55	0	2	4	5	0	0	1	0	0	1	9	57
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	42	36	2	3	1	4	0	0	0	0	0	0	44	39
TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOL. E PROFUSIONE CARDIOVASC.	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE														
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO														
FISIOTERAPISTA	13	19	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	13	24
LOGOPEDISTA	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
ORTOTTISTA-ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
OPERATORE PROFESSIONALE SANITARIO														
MASSAGGIATORE NON VELENTE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTALE :	233	798	4	131	7	32	0	0	1	0	0	1	237	929

T1B Personale a Tempo Pieno e Parziale Aziende Sanitarie Universitarie

LA TABELLA NON RISULTA RILEVATA

Tipologia	Tempo Indeterminato				Tempo Determinato				Com. Da Altri Enti		Com. Ad Altri Enti		Presenti Al 31/12	
	T.Pieno		T.Parz.		T.Pieno		T.Parz.		U	D	U	D	U	D
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U	D	U	D						
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	6	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	7
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2
TOTALE :	462	1.259	5	148	18	66	1	0	1	1	0	2	467	1.407

Specializzazioni	Tempo Indeterminato		15 septies (D.Lgs 502/92)		Medici Universitari		Specialisti Ambulatoriali Convenzionati (*)		Totale Personale	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U	D	U (a+c+e)	D (b+d+f)
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	5	3	0	0	0	0	2	1	5	3
MEDICINA INTERNA	11	15	0	0	0	0	0	0	11	15
MEDICINA NUCLEARE	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
NEFROLOGIA	5	4	0	0	0	0	0	0	5	4
NEUROLOGIA	1	9	0	0	0	0	1	1	1	9
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
OTTALMOLOGIA	5	2	0	0	0	0	1	4	5	2
ONCOLOGIA MEDICA	1	7	0	0	0	0	0	0	1	7
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12	3	0	0	0	0	1	0	12	3
OTORINOLARINGOIATRIA	4	5	0	0	0	0	3	0	4	5
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
PEDIATRIA	2	7	0	0	0	0	2	1	2	7
PSICHIATRIA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
RADIOLOGIA	10	10	0	0	0	0	1	0	10	10
RADIOTERAPIA	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3
REUMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0
UROLOGIA	6	1	0	0	0	0	1	1	6	1

Specializzazioni	Tempo Indeterminato		15 septies (D.Lgs 502/92)		Medici Universitari		Specialisti Ambulatoriali Convenzionati (*)		Totale Personale	
	U (a)	D (b)	U (c)	D (d)	U (e)	D (f)	U	D	U (a+c+e)	D (b+d+f)
ALTRE SPECIALIZZAZIONI	19	23	0	0	0	0	6	1	19	23
TOTALE :	162	161	0	0	0	0	28	27	162	161

(*) La figura professionale evidenziata non concorre a determinare i totali di colonna