

Stampa Intero Modello in data : 16/7/2025

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE	Anno : 2024
Tipo Istituzione : DIPARTIMENTO DI SALUTE	Contratto : SERVIZIO SANITARIO PRIVATO
Istituzione : 12665 - DSM PVT ASL 18 ROVIGO	
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 adottate 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	0	0	0	1
DI CUI PSICHIATRI	0	0	0	1
PSICOLOGO	0	0	1	0
PERSONALE INFERMIERISTICO	0	0	1	2
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0	0	0	1
OTA - O.S.S.	0	0	0	6
ASSISTENTE SOCIALE	0	0	0	1
PERSONALE AMMINISTRATIVO	0	0	0	1
TOTALE :	0	0	2	12