REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Azienda usl 7 Carbonia

Deliberazione n. 348/C

Adottata dal Commissario in data 16 MAR. 2011

Oggetto: convenzione per consulenza professionale con il dr. Roberto Ciocci per la funzione di Medico Competente – liquidazione fatture n. 9 e n. 11 del 2010 -

Su proposta del Servizio Affari Generali e Legali

RICHIAMATE le deliberazioni del Commissario n. 1146 del 6/09/2010 e n. 1287 del 7/10/2010, con le quali sono stati rispettivamente conferito l'incarico di Medico Competente al dr. Roberto Ciocci per un periodo di tre mesi e rettificata la stessa 1146/2010, nella parte relativa all'importo del compenso che si è definitivamente convenuto in € 2.000,00 mensili lordi;

VISTE la fatture n. 9 del 20.11.2010 e n. 11 del 20.12.2010, emesse dal dr. Ciocci relativa al periodo 20 ottobre/20 novembre 2010 e dal 20 novembre al 20 dicembre 2010 dell'importo di € 2.000,00 ciascuna (di cui € 400,00 di ritenuta d'acconto), nonché i prospetti riepilogativi delle percorrenze effettuate durante lo stesso periodo, che determinano un rimborso chilometrico complessivo di € 264,00;

IL COMMISSARIO

VISTA l'istruttoria svolta dal Servizio Affari Generali e Legali

SENTITI il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario

D E L I B E R A

1) di liquidare in favore del Dr. Roberto Ciocci l'importo di € 4.000,00 lordi (di cui € 800,00 di ritenuta d'acconto) per le prestazioni effettuate in regime di convenzione quale Medico Competente, e l'importo di € 264,00 a titolo di rimborso delle spese di viaggio, per il periodo complessivo dal 20 ottobre al 20 dicembre 2010;

2) di demandare al Servizio Bilancio il pagamento dell'importo totale di € 3464,00 sulle seguenti coordinate bancarie: c/c presso Unicredit Banca Roma – Agenzia Cagliari Sole - IBAN IT 13 O 03002 04814 000005037976;

3) di liquidare i predetti importi sul codice economico 0502040101 "acquisti di consulenze sanitarie".

IL COMMISSARIO
Dr. Maurizio Calamida

IL DIRETTORE AMM.VO
Dr. Giuseppe Serra

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Antonio Farci

Resp. Aagg e Leg. Dr. C. Contini

Sett. Aagg Dr.ssa E. Locci

Il Servizio Affari Generali

attesta che la deliberazione

n. 348/C del 16 MAR. 2011

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n.7

a partire dal 18 MAR. 2011 al 1 APR. 2011

resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

è stata posta a disposizione per la consultazione.

Servizio Affari Generali

destinatari:
Servizio Affari Generali
Servizio Bilancio

Dottor Roberto Ciocci
Via dei Monsoni n°11/15 Cagliari 09126
Tel.070372857 Fax 070/372857
Email robertociocci@tiscali.it
Cod.Fisc.CCCRRT61C27B354O
P.Iva 02940450923

FT/2011/1278 del 04/03/11

AZIENDA USL N° 7 CARBONIA
04 MAR 2011
PERVENUTO ALLA DIR. BILANCIO

Spett.le Azienda Sanitaria Locale n°7

Via Dalmazia 83
09013 Carbonia

Cof.Fisc/P.IVA 02261310920

FATTURA n°11 del 20/12/10

Vostro dare per prestazioni professionali per lo svolgimento del servizio di sorveglianza sanitaria svolto dal Medico Competente ai sensi del Dlg.n°81/2008 e s.m.i. a favore del personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale n°7 di Carbonia.

Imponibile Euro	**2.000,00 (Prestazioni sanitarie dal 20 Novembre al 20 Dicembre2010)**
Ritenuta d'acconto	**400,00 -**
Totale dare	**1.600,00 EURO**

Le prestazioni sanitarie sono esenti IVA ai sensi dell'art.10 comma 1 del D.P.R.633/72 e successive modificazioni

La ritenuta d'acconto sarà da Voi versata nei termini di legge

Dr.Roberto Ciocci
Medico Chirurgo
Spec.in Medicina del Lavoro
Spec.in Angiologia Medica

Coordinate bancarie per esecuzione bonifico :
N° Conto 000005037976 presso UniCredit Banca di Roma
Agenzia CAGLIARI SOLE
Intestato a Dr.Roberto Ciocci

IBAN: IT 44 B 02008 04814 000005037976

PAGAMENTO 30 giorni data fattura

AZIENDA U.S.L. n° 7
CARBONIA

Il Medico Competente **dott. Roberto Ciocci** matr.

Qualifica **Dirigente professioni sanitarie-** è autorizzato ad effettuare le seguenti missioni:

LOCALITA'	MOTIVO DELLA MISSIONE	PARTENZA			MEZZO DI TRASPORTO
		GIORNO	MESE	ANNO	
Carbonia	Attività Medico Competente		Dicembre	2010	proprio
Iglesias					

IL COMMISSARIO

Il sottoscritto Roberto Ciocci matricola_____

Chiede l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio e dichiara sotto la propria responsabilità di esonerare l'amministrazione da qualunque responsabilità eventualmente derivante dall'uso del mezzo di proprietà.

(firma del dipendente)

Si autorizza l'uso del mezzo proprio

IL COMMISSARIO

Azienda USL n° 7 Carbonia

MESE DICEMBRE

ANNO **2010**

URBANO ☐

EXTRAURBANO ■

Il sottoscritto **Dr.Roberto Ciocci** matr____ chiede il pagamento delle seguenti missioni compiute per i motivi retroindicati:

ITINERARIO PERCORSO		PARTENZA			ARRIVO			TOTALE		Costo del biglietto ferrovia o sevizio di linea	Km PERCORSI		
da:	a:											su percorsi non serviti	con mezzi gratuiti
Cagliari	Carbonia	01	12	2010	01	12	2010				70		
Carbonia	Cagliari	01	12	2010	01	12	2010				70		
Cagliari	Iglesias	15	12	2010	15	12	2010				65		
Iglesias	Cagliari	15	12	2010	15	12	2010				65		
Cagliari	Carbonia	22	12	2010	22	12	2010				70		
Carbonia	Cagliari	22	12	2010	22	12	2010				70		
												€ 102	

Data 22/12/2010

(firma)

Si attesta che le suddette missioni sono state svolte per esigenze di servizio e che gli orari di partenza e di arrivo sono stati effettivamente accertati.

data 22/12/2010

Il Responsabile del Servizio

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE
Riservato all'Ufficio

Rimborso costo biglietto in ferrovia o su mezzi di linea: classe_____(v. sopra)
Rimborso costo biglietto aereo
Rimborso spese alberghiere
Rimborso spese pasti
Indennità suppl. pari al 10% del costo del biglietto a tariffa intera sulle ferrovie, piroscafi, servizi di linea
Indennità di €_____per Km_____percorsi con mezzo proprio
Diaria giornaliera ridotta €_____per giorni_____
Diaria orario ridotta €_____per ore_____
Diaria oraria €_____per ore_____
Quota d'iscrizione
Anticipo percepito

TOTALE
TOTALE COMPLESSIVO

SOMME DOVUTE	
Soggette a ritenuta	Non soggette a ritenuta

Il liquidatore

Dottor Roberto Ciocci
Via dei Monsoni n°11/15 Cagliari 09126
Tel.070372857 Fax 070/372857
Email robertociocci@tiscali.it
Cod.Fisc.CCCRRT61C27B354O
P.Iva 02940450923

FT/2011/1272 del 04/03/11

Spett.le Azienda Sanitaria Locale n°7

Via Dalmazia 83
09013 Carbonia

Cof.Fisc/P.IVA 02261310920

AZIENDA USL N° 7 CARBONIA
04 MAR 2011
PERVENUTO ALLA DIREZ. BILANCIO

FATTURA n°9 del 20/11/10

Vostro dare per prestazioni professionali per lo svolgimento del servizio di sorveglianza sanitaria svolto dal Medico Competente ai sensi del Dlg.n°81/2008 e s.m.i. a favore del personale dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale n°7 di Carbonia.

Imponibile Euro	**2.000,00 (Prestazioni sanitarie dal 20 Ottobre al 20 Novembre2010)**
Ritenuta d'acconto	**400,00 -**
Totale dare	**1.600,00 EURO**

Le prestazioni sanitarie sono esenti IVA ai sensi dell'art.10 comma 1 del D.P.R.633/72 e successive modificazioni

La ritenuta d'acconto sarà da Voi versata nei termini di legge

Dr.Roberto Ciocci
Medico Chirurgo
Spec.in Medicina del Lavoro
Spec.in Angiologia Medica

Coordinate bancarie per esecuzione bonifico :
N° Conto 000005037976 presso UniCredit Banca di Roma
Agenzia CAGLIARI SOLE
Intestato a Dr.Roberto Ciocci

IBAN: IT 44 B 02008 04814 000005037976

PAGAMENTO 30 giorni data fattura

Azienda USL n° 7 Carbonia

MESE NOVEMBRE

ANNO **2010**

URBANO	☐
EXTRAURBANO	■

Il sottoscritto **Dr.Roberto Ciocci** matr____ chiede il pagamento delle seguenti missioni compiute per i motivi retroindicati:

ITINERARIO PERCORSO		PARTENZA			ARRIVO			TOTALE		Costo del biglietto ferrovia o sevizio di linea	Km PERCORSI		
da:	a:											su percorsi non serviti	con mezzi gratuiti
Cagliari	Carbonia	03	11	2010	03	11	2010				70		
Carbonia	Cagliari	03	11	2010	03	11	2010				70		
Cagliari	Iglesias	10	11	2010	10	11	2010				65		
Iglesias	Cagliari	10	11	2010	10	11	2010				65		
Cagliari	Carbonia	17	11	2010	17	11	2010				70		
Carbonia	Cagliari	17	11	2010	17	11	2010				70		
Cagliari	Iglesias	24	11	2010	24	11	2010				65		
Iglesias	Cagliari	24	11	2010	24	11	2010				65		
											540 x € 0,30		= € 16

Data 25/11/2010

Firma

Si attesta che le suddette missioni sono state svolte per esigenze di servizio e che gli orari di partenza e di arrivo sono stati effettivamente accertati.

data_____

Il Responsabile del Servizio

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE
Riservato all'Ufficio

Rimborso costo biglietto in ferrovia o su mezzi di linea: classe_____(v. sopra)
Rimborso costo biglietto aereo
Rimborso spese alberghiere
Rimborso spese pasti
Indennità suppl. pari al 10% del costo del biglietto a tariffa intera sulle ferrovie, piroscafi, servizi di linea
Indennità di €_____per Km_____percorsi con mezzo proprio
Diaria giornaliera ridotta €_____per giorni_____
Diaria orario ridotta €_____per ore_____
Diaria oraria €_____per ore_____
Quota d'iscrizione
Anticipo percepito

TOTALE
TOTALE COMPLESSIVO

SOMME DOVUTE	
Soggette a ritenuta	Non soggette a ritenuta

Il liquidatore

AZIENDA U.S.L. n° 7
CARBONIA

Il Medico Competente **dott. Roberto Ciocci** matr.

Qualifica **Dirigente professioni sanitarie-** è autorizzato ad effettuare le seguenti missioni:

LOCALITA'	MOTIVO DELLA MISSIONE	PARTENZA			MEZZO DI TRASPORTO
		GIORNO	MESE	ANNO	
Carbonia	Attività Medico Competente			2010	proprio
Iglesias					

IL COMMISSARIO

Il sottoscritto_____ matricola_____

Chiede l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio e dichiara sotto la propria responsabilità di esonerare l'amministrazione da qualunque responsabilità eventualmente derivante dall'uso del mezzo di proprietà.

(firma del dipendente)

Si autorizza l'uso del mezzo proprio

IL COMMISSARIO