



## AZIENDA SANITARIA LOCALE AL

Sede legale: Via Venezia 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

**Determinazione del**

**n.**

**del**

**OGGETTO:**

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

**IL DIRIGENTE PROPONENTE**

**Visto Capo Dipartimento:**

**Registrazione contabile**

**Esercizio**

**Conto**

**Importo**

**Il Dirigente Responsabile**

**Eseguibile dal**

**Trasmessa alla Giunta Regionale in data**

**In visione dal**

**Trasmessa al Collegio Sindacale in data**

**Pubblicata ai sensi di legge dal**

**si attesta che il presente atto viene inserito e pubblicato nell'albo pretorio informatico dell'Azienda dalla data indicata per 15 gg consecutivi (art.32 L. 69/2009)**

**Il Dirigente Amministrativo Area Programmazione Strategica e AA.GG.**

**OGGETTO:** Medici Specialisti Ambulatoriali Interni: riduzione e variazione sede di attività dell'incarico a tempo indeterminato dr.ssa Claudia Leporati, branca di Dermatologia

**IL DIRETTORE S.C. DISTRETTO DI ALESSANDRIA**

Visto il D.lgs. 30/12/92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22/10/2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

richiamata la deliberazione Direttore Generale n. 516 del 9/7/2015 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture Operative dell'ASL AL";

visto il Regolamento per l'adozione delle determinazioni dirigenziali approvato con Deliberazione Commissario n. 229 del 25/03/2011;

ricordato che la dott.ssa Claudia Leporati è titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL AL per n° 11 ore settimanali nella Branca di Dermatologia presso il Distretto di Casale (sedi: ambulatorio di Trino Vercellese (VC) e ambulatorio di Vignale (AL));

vista la nota prot. nr. 3283 del 13/01/2017 con la quale la dott.ssa Claudia Leporati comunica sia di rinunciare, con preavviso di 60 giorni, a nr. 7 ore settimanali del proprio orario d'incarico presso la sede di Trino V.se e sia l'intendimento di trasferire, dal 26/01/2017, la propria attività dall'ambulatorio di Vignale (AL) all'ambulatorio di Casale Monf. mantenendo gli stessi orari e giorno di attività;

visto il parere favorevole espresso dal Dr. Massimo D'Angelo, referente P.A.T. per il Distretto di Casale Monf.to ;

verificata l'assenza di costi aggiuntivi e recepito quanto definito dall'art. 29, comma 5, dell'ACN 17/12/2015;

ritenuto di provvedere in merito, riducendo dal 13/03/2017, come da richiesta presentata dallo Specialista, l'orario di attività, precisando che a seguito del presente provvedimento il monte ore complessivo della dott.ssa Claudia Leporati nella Branca di Dermatologia, passa da nr. 11 a nr. 4 ore settimanali;

tutto ciò premesso, ai sensi dall'art. 28, comma 1, dell'ACN 17/12/2015, le ore di incarico rimaste, dal 26/01/2017, sono state trasferite di sede, quindi l'orario risulta essere:

*Distretto di Casale Monf.to (sede: Poliambulatorio di Casale)*

Giovedì 8.30-12.30

ritenuto di dare comunicazione al Comitato Zonale di Alessandria della modifica in argomento;

**D E T E R M I N A**

- 1) di prendere atto che, ai sensi dell'art. 29 comma 5, a far data dal 13/03/2017, la dott.ssa Claudia Leporati, titolare di incarico a tempo indeterminato nella Branca di Dermatologia presso l'ASL AL come specificato in premessa, rinuncia a nr. 7 ore settimanale presso il Distretto di Casale (sede ambulatorio di Trino V.se), riducendo il monte ore complessivo da 11 ore a 4 ore settimanali;
- 2) di modificare la sede di attività della dr.ssa Claudia Leporati, ridefinendo l'articolazione oraria dal 26/01/2017 come segue:  
  
*Distretto di Casale Monf.to (sede: Poliambulatorio di Casale)*  
Giovedì            8.30-12.30
- 3) di darne comunicazione al Comitato Zonale di Alessandria;
- 4) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 c.2 LR 10/95 per non causare interruzione del servizio.

**Determinazione del Direttore**

**n.** \_\_\_\_\_

Letto, approvato e sottoscritto.

IL DIRETTORE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Copia  
in pubblicazione