

**Stampa Intero Modello in data : 20/9/2024**

Tipo Rilevazione : CONSUNTIVAZIONE SPESE		Anno : 2023
Tipo Istituzione : UNITA' SANITARIE LOCALI		Contratto : SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Istituzione : 10738 - AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA		
Organo di Controllo di Primo Livello : RTS CALTANISSETTA		
Unità Organizzativa : S02 SERVIZIO PER LE DIPENDENZE DI VIA SAN GIOVANNI, 1		

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

**Il Modello inviato risulta certificato in data : 20/09/2024**

**Il Modello inviato è stato certificato la prima volta in data : 20/09/2024**

## 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 SICl e/o la T15

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 adottate dall'amministrazione.**

Firma del Presidente del collegio dei revisori .....

# Scheda Informativa 1

## Informazioni Istituzione

Partita IVA : 01151150867

Codice Fiscale : 01151150867

Telefono : 0935/520111

Email : [protocollo.generale@pec.asp.enna.it](mailto:protocollo.generale@pec.asp.enna.it)

Via : VIALE ARMANDO DIAZ, 7

Numero Civico : 7-9

C.A.P. : 94100

Città : ENNA

Provincia : EN

Codice Catastale : C342

Indirizzo pagina web dell'ente : [www.asp.enna.it](http://www.asp.enna.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	Email
FALCONE	ALESSANDRA	0935/520355	personale.giuridico@asp.enna.it

## Referente Da Contattare

Cognome	Nome	Telefono	Email
MESSINA	ANGELA	0935/520373	angela.messina@asp.enna.it

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

*I modelli debbono essere sottoscritti dai revisori dei conti*

**Domande presenti in circolare:**

SPESA DI PERSONALE AUTORIZZATA DALLA REGIONE NELL'ANNO DI RILEVAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA

INDICARE IL NUMERO DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE.

INDICARE IL NUMERO DEGLI INCARICHI 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.,COLLABORAZIONI PROFES.,INCARICHI O ALTRI TIPI DI LAV.FLESSIBILE)IL CUI COSTO È TOTALMENTE SOSTENUTO CON FINANZ.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

# Riepilogo Domande Presenti Nella Circolare

DELLE PERSONE RILEVATE COME UNITÀ UOMO/ANNO A TEMPO DETERMINATO NELLA TABELLA 2, QUANTE SONO STATE RECLUTATE CON LE RISORSE DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 401, DELLA LEGGE 28 DICEMBRE 2015, N. 208?

DEL COSTO SOSTENUTO PER IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO RILEVATO IN TABELLA 14. QUANTO SI RIFERISCE ALLE UNITÀ RECLUTATE CON LE RISORSE DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 401, DELLA LEGGE 208/2015?

INDICARE IL NUMERO DELLE ORE DI SERVIZIO EFFETTUATE NEL CORSO DELL'ANNO DI RILEVAZIONE DAGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

INDICARE IL COSTO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

INDICARE IL COSTO DEI MEDICI ADDETTI ALLE ATTIVITÀ DELLA MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

DEI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE E INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DI CUI ALLE DOMANDE 6 E 7, A QUANTE PERSONE SONO STATI CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020?

DEL COSTO SOSTENUTO PER COLLABORAZIONI PROFESSIONALI E INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO RILEVATO IN TAB. 14 QUANTO È RIFERITO AGLI INCARICHI CONFERITI AI SENSI DELL'ART. 2-BIS DEL D.L. 18/2020?

INDICARE IL NUMERO DELLE PERSONE TRA QUELLE RILEVATE COME UNITÀ UOMO/ANNO A TEMPO DETERMINATO NELLA TABELLA 2 CHE SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020

DEL COSTO SOSTENUTO PER IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO RILEVATO IN TABELLA 14. QUANTO SI RIFERISCE ALLE UNITÀ RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2-TER DEL D.L. 18/2020?

INDICARE QUANTE UNITÀ DI PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO RILEVATE IN TABELLA 1 SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART.1,C 5,ULTIMO PERIODO DEL D.L. 34/2020(INFERMIERI DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ)

QUANTE PERSONE SONO STATE ASSUNTE NELL'ANNO A TEMPO DETERMINATO CON LE RISORSE DEL PNRR?

QUANTE PERSONE SONO STATE ASSUNTE NELL'ANNO CON ALTRE FORME FLESSIBILI DI LAVORO (EX INTERINALI, LSU, FORMAZIONE LAVORO) CON LE RISORSE DEL PNRR?

CON QUANTE PERSONE SONO STATI SOTTOSCRITTI CONTRATTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE E INCARICHI NELL'ANNO CON LE RISORSE DEL PNRR?

INDICARE QUANTO DEL COSTO DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SI RIFERISCE A QUELLO SOSTENUTO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMI 4 E 8, DEL D.L. 34/2020

INDICARE QUANTE TRA LE UNITÀ DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SONO STATE RECLUTATE AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, SECONDO PERIODO DEL D.L. 34/2020

INDICARE QUANTO DEL COSTO DI PERSONALE RILEVATO NELLE TABELLE DEL CONTO ANNUALE SI RIFERISCE AL PERSONALE RECLUTATO AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5, SECONDO PERIODO 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:

## T1SD - Personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale

Profilo Professionale	Numero Dipendenti						Altre forme di rapporto professionale		
	T. Pieno		Part Time fino al 50%		Part Time oltre il 50%		U	D	
	U	D	U	D	U	D			
PSICOLOGO	0	1	0	0	0	0	0	0	9
PERSONALE INFERMIERISTICO	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ASSISTENTE SOCIALE	0	2	0	0	0	0	0	0	1
ALTRO	1	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTALE :</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>