

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N° 321 DEL 22/02/2011

OGGETTO: ACCOGLIMENTO ISTANZA DELLA SIG.RA ITRIA CABRAS PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI TIROCINIO PRESSO IL SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA DI OLBIA.

L'anno duemila undici addì ventidue del mese di febbraio

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

IL COMMISSARIO

Dott. Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Avv. Mario Giovanni Altana

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

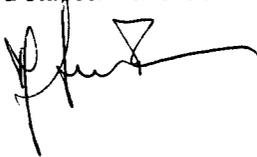
- VISTA** la nota prot. n. 64673 del 07.12.2010 con la quale la sig.ra Itria Cabras, iscritta al corso di Laurea di Logopedia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari, ha chiesto di poter svolgere attività di tirocinio formativo della durata di un anno presso il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Olbia;
- VISTO** il parere favorevole della dott.ssa Giovanna Maria Solinas, Responsabile del Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di questa Azienda;
- VISTA** la convenzione per lo svolgimento di attività di tirocinio degli studenti iscritti ai Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Sassari;
- VISTO** come al soggetto promotore faccia carico l'assicurazione del tirocinante per la Responsabilità civile e contro gli infortuni;
- RITENUTO** di poter autorizzare il tirocinio;
- VISTO** il D.lvo n. 502/ 92 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la L.R. 10/2006;

Per le motivazioni espresse in premessa;

DELIBERA

- di autorizzare la sig.ra Itria Cabras nata a Olbia il 29.02.1988 a frequentare, ai fini dell'espletamento del tirocinio formativo, il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Olbia;
- di dare atto che spetta al soggetto promotore l'assicurazione della tirocinante per la responsabilità civile e contro gli infortuni;
- di dare atto che la frequenza è autorizzata per tutta la durata del tirocinio.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Maria Serena Fenu



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Avv. Mario Giovanni Altana



IL COMMISSARIO
Dott. Giovanni Antonio Fadda



n. _____
Il Direttore Servizio Amm.ne Personale
Dott.ssa Giovanna Puzzi

MT
gp



(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) _____, ____/____/____.

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

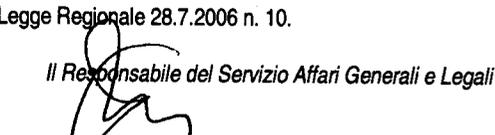
dal 24/02/2011, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data ____/____/____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 24/02/2011.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali



La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali



Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso _____

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali