**Regione Siciliana**

 **Azienda Sanitaria Provinciale di**

 **AGRIGENTO**

 **DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **OGGETTO:**

STRUTTURA PROPONENTE: (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro)

PROPOSTA N. \_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

 (Indicazione del Nome, Cognome e Firma) (Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. \_\_\_\_\_\_\_\_) che è parte integrante della presente delibera.

( ) Autorizzazione n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO IL DIRETTORE UOC SEF e P.

(Indicazione del Nome, Cognome e Firma) (Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RICEVUTA DALL’UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’anno duemilaventiquattro il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella sede dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodieci, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024, con l’assistenza del Segretario verbalizzante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

**PROPOSTA**

**Il Direttore/Dirigente/Responsabile della\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro), **dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Indicare Incarico e nominativo del soggetto proponente e sottoscrittore della proposta)

**Visto** l’Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

(Testo della proposta)

**PROPONE**

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

* Che l’esecuzione della deliberazione verrà curata dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro)
* Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Attesta,** altresì, chela presente proposta, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Direttore/Dirigente/Responsabile della UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro**

(Indicare Incarico e nominativo del soggetto proponente)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO**

 Parere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Il Direttore Sanitario**

 Dott. Raffaele Elia

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Direttore/Dirigente/Responsabile) della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro), che, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**Tenuto** conto del parere espresso dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Direttore/Dirigente/Responsabile) della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Specificare UOC/UOS/Servizio/Ufficio/Altro).

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodieci

**Il Segretario verbalizzante**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PUBBLICAZIONE**Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell’incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all’albo pretorio on line dell’ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell’art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell’art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **L'Incaricato** **Il Funzionario Delegato** **Il Collaboratore Amm.vo Prof.le** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sig.ra Sabrina Terrasi  |

**Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con nota prot. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO**

Dell’Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_

**SI ATTESTA**

Che l’Assessorato Regionale della Salute:

* Ha pronunciato **l’approvazione** con provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Ha pronunciato **l’annullamento** con provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall’art. 16 della L.R. n. 5/09

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO**

* Esecutiva ai sensi dell’art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall’art. 53 della L.R.

n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all’Albo,

 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Immediatamente esecutiva dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Agrigento, lì**

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi**

**Il Collaboratore Amm.vo Prof.le**

Sig.ra Sabrina Terrasi

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

* Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Agrigento, lì**

**Il Referente Ufficio Atti deliberativi**

**Il Collaboratore Amm.vo Prof.le**

Sig.ra Sabrina Terrasi