ALLEGATO B

ASLCagliari

326

21 MAR. 2014

AVVIAMENTO A SELEZIONE, TRAMITE PROVE DI IDONEITA', PER IL RECLUTAMENTO A TEMPO INDETERMINATO DI N°12 COADIUTORI AMMINISTRATIVI – CAT."B", APPARTENENTI ALLA LISTE DI CUI ALLA L.68/99

VERBALE N. 2°

relativo ai lavori del giorno 27 gennaio 2014

Il giorno 27 del mese di gennaio dell'anno 2014, alle ore 9.00 nei locali dell'Aula Magna della Direzione Generale della ASL di Cagliari ubicata al piano terra di Via Piero della Francesca 1, Selargius, si è riunita la Commissione esaminatrice per l'espletamento delle prove di idoneità relative alla procedura di avviamento a selezione per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 di Coadiutori Amministrativi, cat.B. appartenenti alle liste di cui alla L.68/99.

Detta commissione esaminatrice nominata con deliberazione n°2201 del 16.12.2013, risulta composta come segue :

Presidente	Dr.ssa Patrizia Sollai
Componente	Dr. Mario Bandel
Componente con funzioni di Segretario	Dr. Antonio Silenu

LA COMMISSIONE

Riconosciuta la legalità della sua costituzione

- prende atto del proprio verbale n. 1 del 24 Gennaio 2014;
- prende atto che ai candidati è stata data comunicazione del giorno, ora e luogo stabiliti per l'espletamento delle prove di idoneità con apposita nota, tramite raccomandata postale e contestuale notifica al Servizio Inserimento Disabili della Provincia di Cagliari.

Alle ore 9.00 circa si da avvio all'espletamento dei lavori fissati procedendo all'identificazione dei candidati presenti come risulta dal foglio firma **"Tabella A"** allegato al presente verbale per farne parte integrante.

Risulta assente la Sig.ra Lampis Ornella, settima candidata.

Si procede, secondo l'ordine dell'elenco, viene specificato ai candidati che, per l'effettuazione della prova pratica consistente nello svolgimento di attività semplice di comprensione e compilazione di specifica modulistica, ciascuno di essi dovrà estrarre da un sacchetto, una di tredici pedine numerate progressivamente partendo da 1, corrispondenti, ciascuna, ad uno dei tredici moduli scelti dalla commissione analogamente numerati. Una volta estratte, le pedine non verranno reintrodotte nel sacchetto. Ai candidati viene specificato, altresì, che la prova di videoscrittura consisterà nella copiatura di un brano estrapolato dal quotidiano *L'Unione Sarda* , pubblicato in data odierna, così come da fotocopia allegata al presente atto. Ciascuno dei candidati, dopo il colloquio, potrà scegliere quale tra le due prove pratiche svolgere per prima.

Inizia le prove la Sig.ra Anedda Maria Pina: estrae il numero 10 corrispondente al modulo per l'esenzione dal ticket sanitario nelle ipotesi di età superiore ai 65 anni, espone le modalità di compilazione del modulo e indica alcune delle altre ipotesi di diritto all'esenzione; passa quindi alla effettuazione della prova di videoscrittura che esegue senza errori.

Viene chiamato il secondo candidato, Sig. Manis Donato: estrae il numero 11 corrispondente al modulo per la richiesta di intervento c/o attività lavorativa per ragioni di igiene e sicurezza; espone le modalità di compilazione del modulo e indica in modo corretto alcune ipotesi in cui può essere effettuato l'intervento in questione; passa quindi allo svolgimento della prova di videoscrittura che pur con qualche esitazione iniziale viene effettuata in misura sufficiente.

Si passa alla terza candidata, Sig.ra Deidda Rita: estrae il numero 2 corrispondente al modulo relativo alla scheda di segnalazione all'URP, di disservizi, reclami, suggerimenti, espone in modo chiaro le modalità di compilazione della scheda, passa quindi alla prova di videoscrittura, che svolge con discreta sicurezza.

Viene chiamata la quarta candidata, Sig.ra Mallus Giuseppina: estrae il numero 8 corrispondente al modulo per la richiesta di rinnovo o rilascio del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e coadiuvanti; espone le modalità di compilazione del modulo; passa quindi alla effettuazione della prova di videoscrittura che viene eseguita con sicurezza.

Segue il quinto candidato, Sig. Locci Armando: estrae il numero 12 corrispondente al modulo per la richiesta di mantenimento del medico di fiducia anche a seguito del cambio di residenza, si riscontrano difficoltà nell'esposizione delle modalità di compilazione e nell'interpretazione dello stesso; passa quindi alla effettuazione della prova di scrittura dove si riscontrano numerosi errori.

Viene chiamato il sesto candidato, Sig. Melis Maurizio: estrae il numero 6 corrispondente al modulo per richiesta di certificato di inabitabilità, all'atto dell'esposizione delle modalità di compilazione del modulo, vengono riscontrate difficoltà di interpretazione e diversi errori nella lettura; passa quindi alla effettuazione della prova di videoscrittura dove incontra evidenti difficoltà e commette diversi errori.

Data l'assenza della settima candidata, si passa all'ottava candidata Sig.ra Moi Sabrina: dopo il colloquio passa alla prova di videoscrittura dove incontra difficoltà e commette diversi errori, tra i quali l'inserimento di una parola non presente nel testo da copiare; passa alla prova di comprensione e compilazione di specifica modulistica, estrae il numero 3 corrispondente al modulo per richiesta di accesso agli atti, appaiono evidenti le difficoltà di interpretazione di tale modulo.

Viene chiamata la nona candidata, Sig.ra Cambarau Martina Alessia: estrae il numero 5 corrispondente al modulo per la richiesta di sopralluogo per inconveniente igienico; espone in modo fluente e con buona proprietà di linguaggio il contenuto e le modalità di compilazione del modulo; passa quindi alla effettuazione della prova di videoscrittura che svolge correttamente.

Si passa alla decima candidata, Sig.ra Ibba Greca: estrae il numero 7 corrispondente al modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta; interpreta correttamente ed espone in modo chiaro le modalità di compilazione di detto modulo, passa quindi alla prova di videoscrittura, che svolge agevolmente.

Segue l'undicesima candidata, Sig.ra Marci Maria Daniela: estrae il numero 4 corrispondente al modulo per la richiesta di visita medico sportiva, del quale espone correttamente il contenuto e le modalità di compilazione; passa quindi alla effettuazione della prova di scrittura che svolge senza apparenti difficoltà.

Viene chiamato il dodicesimo candidato, Sig. Poddi Roberto: estrae il numero 13 corrispondente al modulo per la domanda di iscrizione temporanea negli elenchi degli assistiti della ASL 8 di Cagliari; interpreta ed espone adeguatamente le modalità di compilazione del modulo; passa quindi alla effettuazione della prova di scrittura che viene svolta discretamente, sia in relazione al numero di battute effettuate, nonché per quanto concerne la formattazione del testo.

Ogni singola prova viene firmata dai candidati unitamente ai componenti della Commissione e allegata al presente atto per farne parte integrante.

Le operazioni terminano alle ore 12.30 circa.

L'esame dei candidati termina alle ore 12.30 circa; una volta concluse le prove, su invito della Presidente i candidati e il pubblico presente lasciano l'aula e, immediatamente dopo, la Commissione si riunisce presso i medesimi locali per procedere alla valutazione di ciascun candidato e per esprimere i giudizi di idoneità alle mansioni di cui al profilo professionale richiesto, così come indicato nella tabella "B", allegata al presente verbale. Ultimate le operazioni la Commissione stabilisce di trasmettere all'Amministrazione i verbali dei lavori

LA COMMISSIONE

Presidente	Dr.ssa Patrizia Sollai	Patrizia Sollai
Componente	Dr. Mario Bandel	Mario Bandel
Componente/Segretario	Dr. Antonio Silenu	Antonio Silenu

Avviamento a selezione per l'assunzione a tempo indeterminato di n. 12 Coadiutori Amministrativi cat. B. - L. 68/99
Tabella "A" di identificazione candidati

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	DOC. IDENTITA'
Anedda	Maria Pina	05/02/1968	C.I. Dolianova n AK 1140940
Manis	Donato	17/02/1970	C.I. Simaxis N AR 6555985
Deidda	Rita	02/10/1967	C.I. Nuraghes N AM 6385561
Mallus	Giuseppina	03/08/1964	Patr. CA 9806083H
Locci	Armando	28/01/1950	C.I. n° AK 6357774 San Sperate
Melis	Maurizio	14/10/1959	C.I. Sant'Andrea Frius n° AK 6336818
Lampis	Ornella	29/07/1956	ASSENTE
Moi	Sabrina	08/06/1971	C.I. Quartu Sant'Elena n° AV 0789109
Cambarau	Martina Alessia	28/01/1973	C.I. Quartu Sant'Elena n° AV 7746536
Ibba	Greca	01/11/1966	C.I. Quarta Sant'Elena n° AV 7769121
Marci	Maria Daniela	27/03/1974	C.I. Selargius n AV 0856854
Poddi	Roberto	22/08/1969	C.I. Cagliari n° AM 0282669

27.02.2014

Patrizia Sella

Maria Bandi

ALLEGATO B pag. n. 4

ALLEGATO B pag. n. 5

MOLO ICHNUSA

Passeggiata, questa mattina il battesimo

Apertura alle 10,30 del nuovo tratto tra il porto e Su Siccu

» L'inaugurazione alle 10.30: la seconda e ultima porzione della passeggiata a mare tra il Molo Ichnusa e Su Siccu sarà aperta oggi. Le rifiniture e la pulizia finale dell'intera area hanno completato, i giorni scorsi, il progetto varato nel 2006 e rimasto a lungo allo stadio iniziale, cioè al tratto che parte dal liceo Alberti, costeggia la pineta di Su Siccu per terminare all'imboccatura del porticciolo omonimo. Sarà il commissario dell'Autorità portuale, Piergiorgio Massidda, a tagliare il nastro dal lato via Roma, alla radice del Molo Ichnusa, accanto all'ingresso del Comando di Marisardegna. Con lui l'Ammiraglio Gualtiero Mattesi, comandante di Marisardegna, e il comandante della Capitaneria di porto, Vincenzo De Marco. È prevista la presenza del presidente Ugo Cappellacci, dei passati presidenti dell'Authority Nino Granara e Paolo Fadda, del sindaco Massimo Zedda, e delle autorità militari. La passeggiata misura circa 500 metri. *(cl.m.)*

RIPRODUZIONE RISERVATA

FESTA. "Mani in pasta", un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli

Ciambelle ai ricoverati

Panificatori e il rossoblù Agazzi al Microcitemico

MATTINATA SPECIALE PER I GIOVANI OSPITI DELL'OSPEDALE. VENTI I PANIFICATORI DI CITTÀ E PROVINCIA INVITATI DALL'ASSOCIAZIONE SARDA GENITORI DEI BIMBI DI ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA.

ARTIGIANI Veloci e sicuri, soprattutto insegnanti d'eccezione per un'intera mattina: i professionisti della panificazione giunti da vari centri sono stati applauditi dai bambini ricoverati all'ospedale Microcitemico *(FOTO GIUSEPPE UNGARI)*

» Emanuele sorride con gli occhi puri dei suoi due anni. Gioca e non si cura troppo della terapia che ogni giorno lo lascia senza forze. Ha le manine sporche di farina. Mamma Valentina osserva orgogliosa il suo ometto che combatte una battaglia più grande di lui. Elena voleva diventare una ballerina di danza classica, ma non potrà realizzare il suo sogno: la leucemia l'ha portata via a dodici anni. Alla manifestazione "Mani in pasta" al Microcitemico però è presente anche lei. Il suo volto sorridente è stampato sulla maglietta di Bruna Moro, sotto la scritta: "Ci sono anch'io".

VIA JENNER. Da due anni Bruna porta avanti l'Asgop, l'Associazione sarda genitori dei bimbi di Oncoematologia pediatrica. La stessa che ieri mattina ha riunito nell'ospedale di via Jenner una ventina di panificatori di Cagliari e provincia. Ciambelle, pane e pizza. Da un lato i professionisti della panificazione, dall'altra tanti piccoli combattenti che lottano con la sofferenza.

LE STORIE. Maddalena ha undici anni, e da due è fuori terapia. Il 16 ottobre del 2008 si è scontrata contro una diagnosi amara: leucemia mieloide. Assuntina Spiga ricorda quel giorno come fosse ieri. «Avevo la morte nel cuore, ma non volevo che la mia bambina se ne accorgesse». La voce s'incastra in gola, le lacrime arrivano in fretta. «Mi è crollato il mondo addosso, ma ho cercato di farmi coraggio». I capelli strappati via dalla malattia sono ricresciuti. «Quando ha iniziato la chemio, in famiglia li abbiamo tagliati tutti per cercare di farla stare meno male». Guarda la sua piccola-grande donna, con la chioma nera, a metà schiena. E pensa al 2016, quando il rischio di recidiva sarà scomparso. «Non vedo l'ora». La storia di Edoardo cammina più lenta. Lo attendono due anni di terapia di fuoco, ma è forte e sorride mentre guarda gli artigiani del pane in azione. «Faccio tennis, e mi piace il calcio», racconta.

IL PORTIERE. Quando Michael Agazzi entra a sorpresa nella sala Thun del Microcitemico s'illumina. «Scommetto che sei juventino», scherza il portiere rossoblù che in queste ore potrebbe cambiare maglia. «No, tifo per il Cagliari e l'Inter», risponde Edoardo dietro la mascherina. «Sei il numero uno». Cristina Succu sa che il suo bambino è già un campione: «Ha vissuto per mesi chiuso in casa, isolato per evitare il rischio di contagio». Edoardo si affaccia a piccoli passi alla vita normale. Quella che ancora non ha conosciuto. Il peggio è passato. «È un'esperienza che cambia. Ti porta a vivere alla giornata». Pizza e ciambelle sono pronte. Un applauso saluta i panificatori.

Sara Marci

RIPRODUZIONE RISERVATA

VIA MAMELI

Sardegna e conoscenza: convegno oggi alla Mem

Diverse tavole rotonde Tra gli ospiti i candidati alle regionali

» A tre settimane dalle elezioni regionali, oggi dalle 9,30 alle 20 nella Mediateca del Mediterraneo (Mem) di via Mameli si discute di cultura, "scuola e comunità educante quali pilastri ineludibili del futuro della Sardegna" su iniziativa dell'associazione Lamas (all'interno del progetto S'ischola de su trabagliu) e della rivista on line Sardegnasoprattutto.it. Al convegno ("Sardegna: Terra della conoscenza e della comunità educante") intervengono dirigenti scolastici, dirigenti dell'Ufficio scolastico regionale, docenti universitari, ricercatori, sindacalisti, giornalisti, filosofi ed artisti. Ma ci sarà spazio anche per i candidati e le candidate al Consiglio regionale che vorranno intervenire con le loro proposte politiche. Ospiti anche i candidati alla presidenza (hanno aderito Michela Murgia, Francesco Pigliaru e Mauro Pili) che saranno invitati a rispondere alle domande dei giornalisti e del pubblico. In programma diverse tavole rotonde.

RIPRODUZIONE RISERVATA

10
pag 1

ASLCagliari

Modello E01/A

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DELL'ESENZIONE DALLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)/CODICE E01/ ETA' SUPERIORE AI 65 ANNI

(D.M. 11.12.2009)

(DA COMPILARE IN MODO LEGGIBILE IN OGNI SUA PARTE: CONSULTARE LE ISTRUZIONI SUL RETRO)

Il/la sottoscritto/a _____ cod.fisc. / / / / / / / / / / / / / / / /

Nato/a il ___/___/_____ a _____ tel. _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

A) DICHIARA di essere:

☐ **E01** Cittadino di età superiore ai 65 anni appartenente a nucleo familiare fiscale con reddito complessivo, riferito all'anno precedente (2012) e a quello attualmente in corso, non superiore a € 36.151,98;

B) DICHIARA che il proprio nucleo familiare fiscale, alla data del 31 dicembre 2012, era così composto:

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale

C) Ai sensi del D.Leg.vo 196/2003, esprime il proprio consenso affinché i dati personali contenuti nella presente autocertificazione formino oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere all'adempimento di obblighi di legge.

D) DICHIARA di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.71 DPR n.445/2000, la ASL è tenuta a controllare il contenuto della presente dichiarazione e che è prevista la decadenza dai benefici conseguiti con false dichiarazioni (art.75 DPR n.445/2000) e la conseguente trasmissione degli atti all'Autorità Giudiziaria (art.76 DPR n.445/2000).

L'autorizzazione alla fruizione del diritto di esenzione dal ticket sulle prestazioni sanitarie sarà valida sino alla data indicata sul certificato di esenzione. Nel caso in cui i dati contenuti nella presente dichiarazione non trovino riscontro in seguito ai controlli disposti dalla ASL, il sottoscritto si impegna a corrispondere i ticket non versati.

Firma leggibile dichiarante	TIMBRO E DATA DELLA STRUTTURA ASL ACCETTANTE	Firma leggibile Operatore ASL incaricato (Scrivere anche nome e cognome in stampatello)

La presente autocertificazione viene resa dall'interessato che allega fotocopia in fronte/retro del proprio documento di identità e della propria tessera sanitaria, tutto in un unico foglio.

27.01.2014 Anedda Maria P.ne

ALLEGATO B **pag. n.** 6

10
pag 2

ASLCagliari

ESENZIONI TICKET REDDITO-CHI HA DIRITTO ALL'ESENZIONE

E01 ETA' E REDDITO

Per avere diritto a questo tipo di esenzione è necessario avere:

Età inferiore a 6 anni **oppure** Età superiore a 65 anni **e contemporaneamente** un reddito complessivo lordo del nucleo familiare fiscale, riferito all'anno precedente (2012) e a quello attualmente in corso, non superiore a € 36.151,98

QUESTO TIPO DI ESENZIONE NON E' ESTENDIBILE A NESSUN TITOLO AI FAMILIARI

E02 STATO DI DISOCCUPAZIONE E REDDITO

Per avere diritto a questo tipo di esenzione bisogna possedere i seguenti requisiti:
Essere DISOCCUPATO,(soggetto che ha svolto attività da lavoro dipendente) tale stato e' attribuito dal CSL
E' obbligatorio essere iscritti al Centro Servizi per il Lavoro (CSL) nel momento in cui si richiede l'Esenzione
Non hanno diritto gli inoccupati (chi non ha mai lavorato). **Contemporaneamente è necessario:**
avere un reddito lordo complessivo del nucleo familiare riferito all'anno precedente (2012) e a quello attualmente in corso
non superiore ad € 8.263,31 se il nucleo familiare è formato da una persona;
non superiore ad € 11.362,05 se il nucleo familiare è formato da due coniugi;
il reddito del nucleo familiare va aumentato di € 516,46 per ogni figlio a carico.

QUESTO TIPO DI ESENZIONE SI ESTENDE AI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

E03 BENEFICIARIO DI ASSEGNO O PENSIONE SOCIALE

Per avere diritto a questo tipo di esenzione bisogna possedere **contemporaneamente** i seguenti requisiti:

Età superiore a 65 anni e beneficiario di assegno/pensione sociale

QUESTO TIPO DI ESENZIONE SI ESTENDE AI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

E04 TITOLARI DI PENSIONE AL MINIMO E REDDITO

Per avere diritto a questo tipo di esenzione bisogna possedere **contemporaneamente** i seguenti requisiti:

Età superiore ai 60 anni essere titolare di pensione al minimo o familiare a carico **e necessariamente:**

avere un reddito lordo complessivo del nucleo familiare riferito all'anno precedente (2012) e a quello attualmente in corso

non superiore ad € 8.263,31 se il nucleo familiare è formato da una persona;

non superiore ad € 11.362,05 se il nucleo familiare è formato da due coniugi;

il reddito del nucleo familiare va aumentato di € 516,46 per ogni figlio a carico.

QUESTO TIPO DI ESENZIONE SI ESTENDE AI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

Familiari a carico sono quelli non fiscalmente indipendenti, per i quali l'interessato gode di detrazioni fiscali il cui reddito è inferiore a € 2.840,51, ovvero:
- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli anche naturali e/o adottati, affidati o affiliati con reddito non superiore a € 2.840,51 senza limiti di età anche se non conviventi o residenti all'estero; e se conviventi con il contribuente che percepisce assegni o detrazioni fiscali anche i seguenti altri familiari:

a) il coniuge legalmente ed effettivamente separato;
b) i discendenti dei figli;
c) i genitori e gli ascendenti prossimi, anche naturali;
d) i genitori adottivi;
e) i generi e le nuore;
f) il suocero e la suocera;
g) i fratelli e le sorelle, anche unilaterali.

N.B.: il reddito del coniuge concorre sempre alla determinazione del reddito del nucleo familiare anche quando non sia convivente. Solamente in caso di separazione legale ed effettiva (non convivenza) i redditi dei due ex coniugi non devono essere sommati. Invece, sebbene legalmente separati, se i due coniugi sono conviventi, i rispettivi redditi devono comunque essere sommati.
Il **reddito complessivo lordo**, ai fini dell'esenzione, è rilevabile dai seguenti modelli di dichiarazione:
MODELLO CUD: parte B, importo al punto 1;
MODELLO 730: importo al rigo 11;
MODELLO UNICO: quadro RN importo al rigo RN1

FESTA. " Mani in pasta", un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli

Ciambelle ai ricoverati

Panificatori e il

Anedda Maria Pina
27/01/2014

(11)

All'Azienda U.S.L. N° 8
Dipartimento di Prevenzione
Servizio di Prevenzione e Sicurezza del Lavoro
Via Romagna n. 16 - pad. B
09127 Cagliari

Oggetto: richiesta di intervento c/o attività lavorativa.

Il sottoscritto* _____ nato a* _____
il* _____ e residente a* _____ via * _____
tel. * _____ documento di identità _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____;

CHIEDE

che venga effettuato un sopralluogo ispettivo in materia di igiene e sicurezza, presso la sede della ditta* _____ sita in* _____
via* _____ n° ____ esercente l'attività di _____
per i seguenti motivi: _____

_____ lì _____

Firma
Mauri Daniela

(*) campo obbligatorio

richiesta di intervento

27/01/2014

ALLEGATO B pag. n. 9

Festa."mani in pista" , un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli
Ciambelle ai ricoverati
Panificatori

Mauro Dorto
27/01/2014

(2)

ASLCagliari

Direzione generale
Ufficio Relazioni con il Pubblico

Scheda per la segnalazione di disfunzioni - suggerimenti – reclami

Prot.URP n° _____ del _____

Del Sig./Sig.ra _____

Abitante a _____ Via _____ Tel. _____

Unità Operativa/Servizio interessato _____

Oggetto della segnalazione _____

Firma _____

Acconsento, per quanto previsto dal D.Lgs 30/6/03 n. 196, a che i dati personali sopra riportati siano utilizzati dalla A.S.L. n. 8 di Cagliari, al solo scopo, peraltro, di consentire l'evasione della pratica.

Firma _____

Ricevuto da _____ il _____

27-01-2014 Rita Dessolda

ASL 8 Cagliari
Sede : Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

ALLEGATO B pag. n. 11

Ufficio relazioni con il pubblico
via Piero della Francesca 1
Su Planu - Selargius
T 0706093320
F 0706093335
e mail urp@asl8cagliari.it

FESTA "Mani in pasta",un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli

Ciambelle ai ricoverazti

Panificatori e il rossoblu Agazzi al Microcitemico

Mattinata speciale per i giovani ospiti del dell'ospedale: Venti i panificatori di c

27-01-2014

Daidda Rita

RICHIESTA CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALLA VENDITA DI PRODOTTI FITOSANITARI E LORO COADIUVANTI

(8)

Marca da bollo

€ 14.62

Da applicare sulla richiesta

Al Responsabile del Servizio
Igiene Alimenti e Nutrizione
dell'Azienda U.S.L. n. 8
Via S. Lucifero, n. 77
09127 Cagliari

Il sottoscritto:

cognome _____ nome _____
(per le donne indicare il cognome da nubile)

nato a _____ il _____ residente in _____

via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

☐ **il rilascio** ☐ **il rinnovo del certificato di abilitazione alla vendita di prodotti fitosanitari e coadiuvanti**

DICHIARA

☐ di possedere il titolo di studio di cui all'art. 23 comma 5 del D.P.R. 290/2001:
- **laurea**: in scienze agrarie e scienze forestali, chimica, medicina e chirurgia, medicina veterinaria, scienze biologiche, farmacia;
- **diploma**: in farmacia, di perito chimico, di perito agrario, di agrotecnico.

☐ di **NON** possedere il titolo di studio di cui all'art. 23 comma 5 del D.P.R. 290/2001 e pertanto chiede di frequentare il primo corso utile, organizzato per il rilascio del certificato richiesto.

Allega alla domanda:

- due fotografie formato tessera
- marca da bollo € 14.62 da applicare al ritiro del certificato
- copia dell'eventuale titolo di studio
- ricevuta versamento diritti sanitari € 8.78

in c/c postale n. 21780093 intestato all'Azienda USL n. 8 Cagliari - Servizio Tesoreria

_____ (luogo e data)

Il dichiarante _____ (firma per esteso e leggibile)

N.B. Ulteriori informazioni potranno essere richieste presso gli uffici del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - Azienda U.S.L. 8 :

Cagliari ex U.S.L. 20 e 21:	Via S. Lucifero, 77 1° piano - Cagliari
Distretto di Quartu S. Elena:	Via Turati, 4/C1 - Quartu S. Elena
Distretto del Sarrabus - Gerrei:	Via Sardegna traversa Dario Cinus – Muravera

27 - 01 - 2014

Mallus Giuseppina

ALLEGATO B pag. n. 13

FESTA. "Mani in pasta", un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli

Ciambelle ai ricoverati

Panificatori e il rossoblù Agazzi al Microcitemico

Mattinata speciale per i giovani ospiti dell'ospedale. Venti i panificatori di città e provincia invitati dall'associazione

27/1/2014 Mallus Giuseppe

ALLEGATO B pag. n. 14

ASLCagliari

Al Comitato Aziendale
per l'Assistenza Primaria

Il/ La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____ n. _____

C.A.P._____ domiciliato a _____ in via _____ n._____

C.A.P._____ Tel. _____

Chiede per se e per i propri familiari sottoelencati:

Cognome _____Nome_____Data nascita_____ Parentela_____

Cognome_____Nome_____Data nascita_____Parentela_____

Cognome _____Nome_____Data nascita_____Parentela_____

Cognome_____Nome_____Data nascita_____Parentela_____

Di poter effettuare la scelta in favore del Dott./ssa _____

Operante nel comune di _____

Per le seguenti motivazioni previste dall'art.40 comma 10 ACN 29/07/2009

- **Mantenimento del rapporto fiduciario a seguito del cambio di residenza (allegare copia foglio Sau)**
- **Gravi e obiettive circostanze che ostacolano la normale erogazione dell'assistenza**

  (specificare)_____

  _____

- **Per ragioni di vicinanza o migliore viabilità o quando la residenza graviti su un ambito limitrofo**
  (specificare)_____

  _____

- **Altre** _____

_____

data 27.08.2014 firma dell'assistito _____

firma e timbro del medico per accettazione_____

N.B. La risposta (positiva o negativa) verrà inviata entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda.

ASL Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

U.O.C. Cure Primarie Distretto Sanitario Cagliari Area Vasta
Cittadella della Salute, Via Romagna 16 Padiglione C
09121 CAGLIARI
T. 070/ 47443722
F. 070/47443713

FESTA Mani in pasta giorno di lavoro e sorriso per piccoli

Ciambella ai ricoverati
Particolari e il rossoblu Agazzi al Microcitemico

Lucci Armando 27.09.2014

(6)

ASLCagliari

Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Settore Edilizia e Ambiente

Oggetto: RICHIESTA CERTIFICATO INABITABILITA'

COMUNE DI _____

Il SOTTOSCRITTO _____

abitante in _____ Via _____ n° ____ piano ____

Codice Fiscale _____

Chiede un sopralluogo per il riconoscimento della INABITABILITA' della propria abitazione.

Si richiede per uso _____

_____

Si allega l'originale della ricevuta di versamento di € 15,49 (di cui 12,91 imponibile + 2,58 IVA 100%) N° 21780093 intestato Servizio Tesoreria ASL Cagliari c/o Banco di Sardegna –Cagliari - Causale: Accertamento diritti sanitari.

Data _____ Firma _____

22-01-2014 Mbn Maurizio

ALLEGATO B **pag. n.** 17

ASL Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f.e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Settore Edilizia e Ambiente
Via S. Iucifero, 77 Cagliari
Tel .070/6094822 – fax 070/6094850

FESTA, mani in pasta, un giorno di lavoro e sorrisi per i piuì piccoli

CIAMBELLE AI RICOVE

22-01-2014 Melia Maurizio

FESTA."*Mani in pasta ", un giorno di lavoro e sorrisi per i piu piccoli*

Ciambelle colorate ai ricoverati

27-01-2014

Poi Sabrina

MBonadd

(3)

ALLEGATO A

Spett.le Azienda Sanitaria Locale n. 8
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Oggetto: Richiesta di accesso ai documenti amministrativi ai sensi della Legge n. 241/90 e del D.P.R. n° 184/06.

Il/la sottoscritta _____ nato/a a _____ il _____, residente in _____ Via _____ tel. _____

In qualità di: diretto interessato □ legale rappresentante □ delegato □ altro □ (1) (specificare esattamente)

_____

accompagnato/a dal/la Sig./a _____ nato/a a _____ il _____

parentela/altro _____.

CHIEDE

- o Di prendere visione
- o Di prendere in esame, con il rilascio di copia semplice
- o Di prendere visione con il rilascio di copia autenticata in bollo (l'autenticazione delle copie comporta l'applicazione delle disposizioni vigenti in materia di bollo)

Dei seguenti documenti amministrativi: (2)

_____

_____

per i seguenti motivi: (*specificare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta*)

_____

_____

Cagliari li, 27-01-2014

Il richiedente

Mai Sabrina

Il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, secondo quanto stabilito dal D.lgs. 196 del 30.06.03.

Firma _____

Estremi del documento: _____

(1) Specificare i poteri rappresentativi: genitore,genitore separato o divorziato affidatario, tutore, curatore, delegato, erede legittimo o testamentario, medico curante e allegare sempre autocertificazione o dichiarazione sostitutiva di atto notorio o atto di delega e copia documento d'identità del delegante e di colui che ritira la documentazione, secondo quanto previsto dall'art. 5 del regolamento di quest'Azienda.
(2) Indicazione chiara e precisa, ovvero leggibile, degli estremi dei documenti di cui si richiede l'accesso.

- o Per ritiro documentazione Firma _____ data _____
- o Per presa visione Firma _____ data _____

Riservato all'Ufficio

Costi di ricerca: _____

Costi di riproduzione: _____

Totale da pagare: _____

ALLEGATO B pag. n. 20

ASLCagliari

Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Settore Edilizia e Ambiente

Oggetto: RICHIESTA SOPRALLUOGO – INCONVENIENTE IGIENICO

COMUNE DI _____ VIA _____ N° ___

ESPONENTE: SIG _____ nato _____

Il _____ residente a _____ _____ Via _____ n° __

Espone quanto segue:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Richiede pertanto, un sopralluogo di questo Servizio al fine di accertare la sussistenza dell'inconveniente igienico di cui trattasi e per adozione dei provvedimenti atti all'eliminazione dello stesso. Si allega l'originale della ricevuta di versamento di € 15,49 effettuato sul C/C postale N° 21780093 intestato Servizio Tesoreria ASL Cagliari c/o Banco di Sardegna –Cagliari - Causale: Accertamento diritti sanitari.

Data _____ Firma _____

27/01/2014

ASL Cagliari
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius
c.f. e p. iva: 02261430926
www.aslcagliari.it

Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via Sonnino c/o Palazzo Civico Cagliari
Tel .070/6094787 – fax 070/6094725

Festa. "Mani in pasta",un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli

Ciambelle ai ricoverati

Panificatori e il rosso blù Agazzi al Microcitemico.
Mattinata speciale per i giovani ospiti dell'ospedale.

Cagliari 27/01/2014

Cambar Martine Marie

(7)

ASLCagliari

U.O.C. Area Amministrativa Territoriale
Responsabile dr.ssa Maria Maddalena Giua

Ufficio Scelta e Revoca del Medico

Modulo per la scelta e la revoca del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/ P.zza _____ n ____

tel _____

Consapevole delle responsabilità penali cui incorre nel caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00

Chiede di poter scegliere per se il Dr._____

E di revocare contestualmente il Dr_____

Chiede inoltre di poter scegliere per i sottoelencati familiari il Medico di seguito indicato :

Elenco dei familiari per i quali si vuole effettuare la scelta :

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

Cognome e nome _____ nato/a _____ il _____

Medico scelto _____ Medico Revocato _____

N.B. Esibire le tessere sanitarie di tutti coloro che effettuano la scelta.
Il sottoscritto dichiara inoltre di accordare il consenso ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, affinché i propri dati possano essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere all'adempimento di obblighi di legge.

Data _____ Firma dell'assistito_____

☐ La presente autocertificazione viene presentata direttamente dall'interessato.

☐ La presente autocertificazione è firmata in presenza del dipendente addetto_____

☐ La presente autocertificazione non è firmata in presenza del dipendente addetto e viene allegata la fotocopia di un documento di identità e non viene presentata dall'interessato ma dal sig. _____

27/01/2014

Asl Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926 www.aslcagliari.it

Festa." Mni in pasta " ,un giorno di lavoro e sorrisi per i più piccoli
CIAMBELLE AI RICOVERATI
Panificatori e il rossoblu' Agazzii

Iobbe Greco
27/01/2014

(4)

ASLCagliari

Dipartimento di Prevenzione
Igiene Sanità Pubblica

Il sottoscritto Presidente _____

della Società sportiva dilettantistica _____

con sede in _____

affiliata _____

ai sensi della L. 445/2000, del DM 18. 02. 82, della Delibera della Giunta Regionale n° 23/58 del 18. 07. 02, con il consenso del responsabile della potestà genitoriale, chiede

per l'atleta _____

nato a _____ il _____

residente in _____ via _____

una visita medico sportiva per praticare _____

nella categoria _____

Si dichiara che l'ultima visita per svolgere l'attività sportiva agonistica è stata effettuata

in data _____
(indicare giorno, mese, anno, oppure "prima visita")

Il responsabile della potestà genitoriale

_____
(firma)

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma)

27-01-12
(documento di identità)

Riservato alla Azienda U.S.L. n° 8 – Cagliari

Autorizzazione n° _____ del _____ Validità 60 gg.

Il Direttore del Servizio
Dottor Giorgio Carlo Steri

Asl Cagliari
Sede legale: Via Logudoro,17 09126 Cagliari
Sede Amm.va: Via Piero della Francesca, 1 09047 Selargius
c.f. e p. iva 02261430926
www..aslcagliari.it

Dipartimento di Prevenzione
Igiene Sanità Pubblica
Via Sonnino pal. comunale Cagliari
tel.0706094724 fax 0706094725
Responsabile: Dottor Giorgio Carlo Steri

CIAMBELLE AI RICOVERATI

Mattinata speciale per i giovani ospiti dell'ospedale. Venti i panificatori di città e provincia invitati dall'Associacione SARDA GENITORI DEI BIMBI DI ONOEMATOLOGIA PEDRIATRICA.

Mari Maria Daria

27-01-2016

13

ASLCagliari

U.O.C.
Area Amministrativa Territoriale

Domanda di Iscrizione Temporanea negli elenchi assistiti della ASL n. 8 di Cagliari
Quadro normativo di riferimento:
Circolare Ministero della sanità n. 1000.116
Accordo Stato Regioni rep. atti n.1705 del 08/05/2003
Accordo Integrativo Regionale, Regione Sardegna, per la Medicina Generale

Il/ la sottoscritt _____ nat__ a _____

prov._____ il _____ residente a _____prov._____

in _____n._____ e domiciliato per motivi di _____

a _____ in _____ _____n._____

tel_____

CHIEDE

Per se e per i suoi familiari

Cognome e nome	nato il	Comune di Nascita
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

☐ Lavoro ☐ Studio ☐ Salute ☐ Ospitalità presso un familiare ☐ Minori in affido

E di poter effettuare la scelta in favore del dr._____

A tal fine allega alla presente richiesta _____
(documentazione allegata che comprovi il motivo dell'iscrizione)

Dichiara altresì:

- di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, e che quanto dichiarato nel presente modulo corrisponde al vero.
- di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del d.lgs n. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali risoluzioni anticipate della dimora temporanea e modifiche della stessa in senso definitivo.

Data _____ Firma dell'assistito Podoli Roberto

Spazio riservato all'Ufficio

Si autorizza l'iscrizione negli elenchi delle Scelte Temporanee dal_____al_____

Data 27/1/2014 L'Operatore dell'Ufficio _____

Inviato fax alla ASL di residenza in data _____, da restituire per conferma dell'avvenuta cancellazione al numero di fax 070.47443715

Ciambelle ai ricoverati

Panificatori e il rossoblu Agazzi al microcitemico

Mattinata speciale per i
Giovani ospiti dell'ospedale.
Venti i panificatori di
Città e provincia invitati
Dall'Associazione Sarda
Genitori dei bimbi di Oncoematologia
Pediatrica.

Poddi Roberto 27/01/2014

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 526 DEL 21 MAR. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Storelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N° 28 FOGLI.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE (Dr.ssa Patrizia Sollai)