

n° prot. 1852 / DS

Muravera 10/12/2015

Dott. Pier Paolo Pani  
Direttore Sanitario

Dott.ssa Angela Pingiori  
Responsabile f.f del  
Servizio del Personale

Azienda U.S.L. n° 8  
Cagliari

ALLEGATO A pag. n. 1

ASL8  
NP. 2015/36583 del 11/12/2015 ore 13.44  
Mitt.: P.O. San Marcellino  
Ass.: DIREZIONE SANITARIA  
Class.: 2.1.

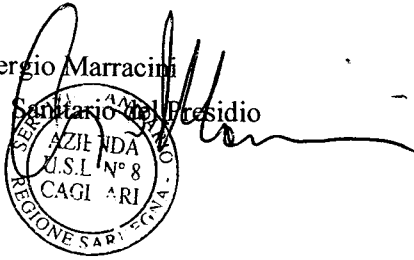


Oggetto: Richiesta proroga di un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato  
Dirigente Medico, S.C. Medicina del P.O. San Marcellino di Muravera.

Si invia la richiesta di proroga del contratto di lavoro subordinato a tempo determinato  
(Allegato A1), presentato dal Dott. Adriano Meloni, Direttore f.f. S.C. Medicina del P.O. San  
Marcellino di Muravera, per il Dirigente Medico di Medicina Interna:  
**Dott.ssa Eugenia Corda, in scadenza il 18.01.2016.**

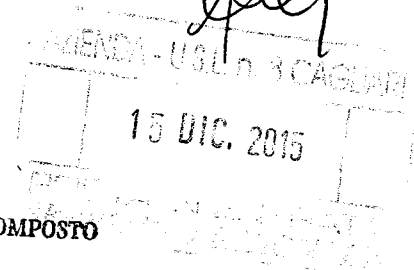
Distinti saluti

Dott. Sergio Marracini  
Direttore Sanitario del Presidio



ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1477 DEL 21 DIC. 2015  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani  
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Savina Ortu



A.S.L. n° 8 - CAGLIARI  
DIREZIONE SANITARIA  
14 DIC. 2015  
ENTRATA

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO  
DI N° due FOGLI.  
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE  
(Dott.ssa Angela Pingiori)

C.A.



Alla Direzione Sanitaria

ALLEGATO A pag. n. 2

E p.c. Al Servizio del Personale

Oggetto: Richiesta proroga di un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato

Il sottoscritto dott. Meloni Adriano <sup>RP</sup> Direttore/Responsabile della U.O. MEDECINA - P.O. TURAVEVA chiede che vengano attivate le procedure amministrative per la proroga di n. 1 unità di personale, nelle persone dei Dott./~~Sign.~~:

- 1) DOTT. SRA CORDA EUGENIA;
- 2) \_\_\_\_\_;
- 3) \_\_\_\_\_;
- 4) \_\_\_\_\_;

con la qualifica DIRIGENTE MEDICO - MEDICINA GENERALE per la durata di 6 mesi, presso S.C. MEDICINA - P.O. SAN MARCELLO - NURVEA.

La richiesta è fondata sulle seguenti ragioni ed esigenze di *carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale* cui non è possibile far fronte col personale assegnato alla propria U.O. ne con il personale assegnato nell'ambito del dipartimento:

PER GARANTIRE I LIVELLI MINIMI DI  
ASSISTENZA, LA COPERTURA DEI TURNI DI SERVIZIO E  
DELLA PRONTE DISPONIBILITA' ASSISTENZIALE  
CONPROMESSI

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze previste dagli art. 36 e 21 del D.lgs. n. 165/01 per i dirigenti che operano in violazione delle disposizioni dell'art. 35 suddetto e che di eventuali violazioni si terrà conto in sede di valutazione dell'operato del dirigente ai sensi dell'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

F.to il Responsabile \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature and stamp of the Director]*

**Spazio riservato alla Direzione Aziendale**

Il sottoscritto Direttore Amministrativo/Sanitario, vista la precedente richiesta e preso atto delle motivazioni indicate

- Autorizza le assunzioni richieste
- Non autorizza le assunzioni richieste

Eventuali motivazioni \_\_\_\_\_

Favorevole previa valutazione delle implicazioni di carattere amministrativo DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Pier Paolo Pani

F.to Il Direttore \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Da inoltrare alla direzione sanitaria o amministrativa a seconda del profilo delle figure richieste