OGGETTO: **Conferimento incarico**, ai sensi dell**'art. 23, comma 1 lettera a),** del A.C.N. 23/3/2005, alla **Dr. Piras Claudia** per n° **3 ore** settimanali di servizio per la branca di **Neurologia** da espletare nel Poliambulatorio di **Mandas** pubblicate nel 4° trimestre 2008 .

**Il Responsabile del Servizio**

**VISTO** il D.Lgvo n. 502/92 così come modificato ed integrato dal D.Lgvo n. 229/99;

**VISTA** la Legge Regionale R.A.S. n. 10/97;

**VISTA** la Legge Regionale R.A.S. n. 10/06;

**VISTO** il Regolamento di questa A.S.L. approvato con deliberazione n. 10523 del 30.12.1996, n. 3273 del 3.06.1997 e n. 660 del 2.03.2004;

**VISTA** la deliberazione n. 232 del 09/02/2009 del Direttore Generale con la quale sono stati fissati i criteri ed i limiti di delega ai Responsabili dei Servizi per la gestione del Servizio di competenza;

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n. 1388 del 28/10/2008 con la quale alla Dott.ssa Maria Maddalena Giua sono state attribuite le funzioni di Responsabile della Struttura Complessa "Area Amministrativa Territoriale";

**PREMESSO** che, sull'albo del Comitato Consultivo Zonale della provincia di Cagliari ex art. 24 A.C.N. 23/3/2005, sono stati pubblicati, per il 4° trimestre del 2008, i turni vacanti per la branca di Neurologia da espletare nel poliambulatorio di Mandas;

**VISTO** l'art. 48 della Legge 833/78;

**VISTO,** in particolare**,** l'art. 8 comma 8 del D.L. n. 502/92 modificato dal D.L. n. 517/93 e dal D.L. 229/99;

**VISTO** l'A.C.N. del 23/3/2005 per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni;

**VISTA** la nota del Comitato Consultivo Zonale n. 324/09 con la quale comunica che la Dr. Piras Claudia è l'avente titolo a ricoprire l'incarico di n. 3 ore settimanali di attività specialistica ambulatoriale nella branca di Neurologia da espletare nel poliambulatorio di Mandas;

**ACQUISITA** agli atti la dichiarazione di disponibilità della Dr. Piras Claudia a ricoprire l'incarico di n. 3 ore settimanali di attività specialistica ambulatoriale nella branca di Neurologia da espletare nel Poliambulatorio di Mandas;

**VISTO** il foglio notizie compilato dalla Dr. Piras Claudia da cui non risultano le condizioni di incompatibilità previste dell' A.C.N. 23/03/2005;

**RITENUTO** pertanto che si debba procedere alla formale assegnazione dell'incarico alla Dr. Piras Claudia**;**

**ATTESO** che non esiste conflitto di interesse con lo specialista in oggetto;

**D E T E R M I N A**

- **DI CONFERIRE,** ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera a ) del A.C.N. 23/3/2005, alla Dr. Piras Claudia, nata a San Gavino il 16/12/1970, l'incarico di n. 3 ore settimanali di attività specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di Neurologia da espletare nel poliambulatorio di Mandas a decorrere dal 01/07/09;

- **DI COMUNICARE** la presente determinazione all'Assessorato Regionale all'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29 comma 2, della L.R. N. 10/2006.

Dr. Maria Maddalena Giua
**Il Responsabile**

La presente Determinazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio della A.S.L. dal _____ e resterà in pubblicazione per 15 giorni.