**VERBALE DI LIQUIDAZIONE**

**ABBATTIMENTO DELLE LISTE D’ATTESA**

**(DGR 35/54 del 22/11/2022)**

**RELATIVO ALLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE MESE 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice di progetto** | **Descrizione** |
| UP-08-2022-23 | DGR 35/54 del 22/11/2022 - Prestazioni Aggiuntive per lo smaltimento delle Liste di Attesa |

**PRESO ATTO** della DGR n. 35/54 del 22.11.2022 con la quale è stata approvata la ripartizione della somma di euro 3.500.000 stanziata dalla L.R. n. 4/2022 per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024 destinata all’erogazione di prestazioni aggiuntive svolte dal personale SSR finalizzate allo smaltimento delle liste di attesa, e alla ASL 8 di Cagliari sono assegnate risorse pari a 910.000 euro per ciascuna annualità.

**PRESO ATTO** che con Determinazione RAS n. 1386 del 30.11.2022 è stata impegnata la somma complessiva di € 10.500.000 di cui 910.000 a favore della ASL 8 di Cagliari per ciascuna annualità 2022, 2023 e 2024.

**VISTO** che nella ASL n.8 di Cagliari con la Deliberazione del Direttore Generale n. ……… del ………… è stato approvato il progetto “DGR 35/54 del 22/11/2022 - Prestazioni Aggiuntive per lo smaltimento delle Liste di Attesa” con codice progetto UP-08-2022-23.

**RILEVATO** che in relazione alle ridotte risorse umane disponibili le attività concorrenti alla realizzazione dell’abbattimento delle liste di attesa sono state svolte fuori orario di servizio.

**DATTO ATTO** che il personale dipendente della ASL, che ha aderito al progetto, nel momento in cui presta la propria opera nell’ambito delle prestazioni aggiuntive riconducibili al progetto, registra tramite i lettori elettronici per la rilevazione delle presenze le ore con il codice di timbratura specifico - 508.

**PRECISATO** che le ore lavorate dal personale in regime di prestazioni aggiuntive qui rendicontate sono rilevabili dai cartellini delle presenze e le timbrature rilevabili sono coerenti con il Piano di Attività programmato.

**ATTESTATO** che il dato complessivo delle ore di prestazione aggiuntiva di progetto obiettivo riconosciute risulta indicato nelle tabelle seguenti che sono riassuntive per il mese di **……………………2024** e includono gli eventuali aggiornamenti dei dati riferiti anche ai mesi precedenti.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede** | **U.O.** | **Matricola** | **Nome** | **Cognome** | **Ruolo** | **Marzo ORE** | **Imp.to/ora** | **Totale** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TENUTO CONTO DI QUANTO SOPRA**

Si attesta la regolarità della spesa sostenuta e si autorizza, con il presente Verbale, il pagamento delle ore per prestazioni aggiuntive, per un totale di **………….….. €**, oltre a oneri e IRAP come di seguito specificato:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Riferimenti Contabili - Estremi Autorizzazione di Spesa** | | | |
| **Conto Co.Ge.** | **Descrizione Conto Co.Ge.** | **% oneri e Irap** | **Importo** |
| A510010301 | Compensi alla **Dirigenza sanitaria** per acquisizione di prestazioni aggiuntive aziendali |  | ..…………………. € |
| A510010304 | Irap su compensi alla **Dirigenza sanitaria** per acquisizione di prestazioni aggiuntive aziendali | 8,50% | …………………… € |
| A510010303 | Compensi al personale del **Comparto** per acquisizione di prestazioni aggiuntive aziendali |  | …………………... € |
| A509010904 | Oneri sociali del personale ruolo sanitario -**Comparto**- altro | 24% | …………………… € |
| A510010306 | Irap su compensi personale del **Comparto** per acquisizione di prestazioni aggiuntive aziendali | 8,50% | ……………………€ |
|  |  | **TOTALE** | **…………………….. €** |

Data Responsabile (*firma*)