

**REGIONE TOSCANA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO**  
 Sede Legale P.zza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

**DETERMINA DEL DIRIGENTE**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Numero del provvedimento</b> | 925   |
| <b>Data del provvedimento</b>   | 18-04-2025  |
| <b>Oggetto</b>                  | Medicina specialistica ambulatoriale interna  |
| <b>Contenuto</b>                | Autorizzazione ad usufruire di permessi retribuiti mensili, ai sensi della legge n.104/92 ed ACN medici specialisti ambulatoriali del 31 03 2020 ss.mm.ii art. 34 c.7 - alla dr ssa S.E. titolare a tempo indeterminato di un incarico di n. 38 ore settimanali presso l'Azienda Usl Toscana Centro ambito Firenze. |

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Dipartimento</b>                  | STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA                 |
| <b>Direttore del Dipartimento</b>    | TOGNINI ARIANNA                                |
| <b>Struttura</b>                     | SOC ORGANIZZAZIONE MEDICINA A CICLO DI FIDUCIA |
| <b>Direttore della Struttura</b>     | LATELLA BRUNO                                  |
| <b>Responsabile del procedimento</b> | AMATO GIOACCHINO                               |

| Spesa prevista | Conto Economico | Codice Conto | Anno Bilancio |
|----------------|-----------------|--------------|---------------|
|                |                 |              |               |

| Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo |            |         |
|--|------------|---------|
| Allegato   | N° di pag. | Oggetto |
|  |            |         |

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>Tipologia di pubblicazione</b> | Integrale      Parziale |
|-----------------------------------|-------------------------|

**“documento firmato digitalmente”**