



## RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO:** Progetto finalizzato "Attività Istituzionale di assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari della città di Milano, in carico alla ASST Santi Paolo e Carlo, secondo il modello organizzativo previsto nella DGR X/4716/2016".

**CODICE AVVISO: CARCERI-TECLAB-PR.1C)**

**DESCRIZIONE:** esecuzione degli esami di laboratorio per le 4 strutture carcerarie afferenti all'ASST Santi Paolo e Carlo presso i laboratori di Analisi del Presidio San Paolo. Esecuzione di esami di biochimica e microbiologia, verifica dei controlli di qualità interna ed esterna. L'attività prevede anche il controllo di tutte le fasi preanalitiche, analitiche e post analitiche in modo da garantire la corretta esecuzione e refertazione di tutti gli esami.

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 3 Tecnici di Laboratorio (n. 134 ore mensili cadauno), secondo le esigenze di servizio.

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA:** Tecnico di Laboratorio con obbligo d'iscrizione all'albo professionale

**Laurea:** Tecniche di laboratorio

**ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE:** Esperienze professionali in medicina di laboratorio maturata presso strutture pubbliche o private convenzionate.

**Centro di costo a cui assegnare le risorse:** Laboratorio analisi Presidio San Paolo - Sanità Penitenziaria. Tale sede potrà variare a seconda delle necessità contingenti della ASST stessa.

### **CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:**

X accessi diurni della durata di circa 6 ore, secondo le esigenze di servizio.

X prestazioni necessarie secondo quanto previsto nel progetto e comunque programmate dal Coordinatore

X disponibilità per ulteriori accessi a chiamata per consentire la flessibilità del servizio.

X tariffe proposte: € 104 lordi per ogni accesso di 6 ore, finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali.

Eventuale ulteriore attività prestata, darà luogo ad un compenso ulteriore proporzionato alla attività oraria effettuata.

Eventuale riduzione della attività prestata, darà luogo ad una riduzione del compenso proporzionato alla attività oraria effettuata.

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dalla data di stipula del contratto fino al 30/04/2021.

**Modalità di finanziamento:** bilancio (Sanità penitenziaria);

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della S.C./S.S./S.S.D coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella S.C./S.S./S.S.D interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL RESPONSABILE AREA DIPARTIMENTALE  
S.C. DIPSA  
F.to W. De Francesco

IL REPOSNABNILE  
AREA DIPARTIMENTALE DI SANITA' PENITENZIARIA  
F.to G. Lombardo

IL DIRETTORE  
S.C. Direzione Medica di Presidio Area Penitenziaria  
F.to Dott. C. Lari



~~~~~  
parte riservata alla compilazione del **LIBERO PROFESSIONISTA** ( da allegare alla domanda di partecipazione)

**CODICE AVVISO:CARCERI-TECLAB-PR.1C)**

|                                                                                  |                                     |                 |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| COGNOME: _____                                                                   | NOME: _____                         | NATO/A A: _____ | ( ) IL _____ |
| RESIDENTE A: _____                                                               |                                     |                 |              |
| CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____                             |                                     |                 |              |
| DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:                   |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ accessi settimanali - oppure             |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ prestazioni complessive annuali - oppure |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> disponibilità per accessi a chiamata - oppure           |                                     |                 |              |
| <input type="checkbox"/> tariffe proposte per ciascuna prestazione – oppure      |                                     |                 |              |
| _____                                                                            |                                     |                 |              |
| _____                                                                            |                                     |                 |              |
| Data _____                                                                       | IL PROFESSIONISTA (firma leggibile) |                 |              |

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S., Coordinatore sanitario di Istituto coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S., Coordinatore Sanitario di Istituto coinvolti nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.