



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO: Progetto finalizzato "SVILUPPO CHIRURGIA ROBOTICA IN CAMPO OTORINOLARINGOIATRICO"

CODICE AVVISO: DTC- MEDORL- PR.1)

DESCRIZIONE Sviluppo delle competenze per eseguire interventi in Chirurgia Robotica in campo Otorinolaringoiatrico (Tiroide – Base lingua)

UNITA' D'OFFERTA: n. 1 unità

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA : Medico Specialista

Laurea: Medicina e Chirurgia

Specializzazione: Otorinolaringoiatria

Obbligo d'iscrizione all'albo professionale/ ordine/abilitazione.

Centro di costo a cui assegnare la risorsa : S.C. Otorinolaringoiatria

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

n. 5 accessi settimanali (pari ad un minimo di n. 15 ore settimanali)

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 15.840

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: dalla data di stipula del contratto e per anni uno.

Modalità di finanziamento (specificare se):

- bilancio
- finanziato dai fondi LEGGE BALDUZZI
- Progetto dal Titolo _____
finanziato da _____

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 DIRETTORE
DIPARTIMENTO TESTA COLLO
F.to Prof. G. Felisati

IL DIRETTORE
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA
F.to Prof. G. Felisati

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO
F.to R. Baldelli



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

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. coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. 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.