



## RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO:** Progetto Finalizzato: **ODONTOIATRIA PEDIATRICA IN PAZIENTI DIVERSAMENTE ABILI IN ETA' EVOLUTIVA -**

**CODICE AVVISO:DTC-ODONTOPED-PR1**

**DESCRIZIONE:** diagnosi e trattamento dei pazienti diversamente abili affetti da malattie rare , sindromi , disturbi dello spettro autistico , ritardi dello sviluppo che rientrano nel progetto dama sia curati in ambiente ambulatoriale e anestesia locale che in sedazione e narcosi

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 2 unità

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA** medico odontoiatra

**Laurea:** medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria

**Specializzazione:** odontoiatria pediatrica – ortognatodonzia

Obbligo d'iscrizione all'ordine/abilitazione.

**Altri requisiti:** corso di perfezionamento , master di I e II livello in materia attinenti l'odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia

**ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE:** esperienza pluriennale in prevenzione orale, odontoiatria pediatrica, ortognatodonzia, sedazione e anestesia generale presso le strutture ospedaliere istituzionali in pazienti speciali

**Centro di costo a cui assegnare la risorsa** (sede di lavoro effettiva):Centro di Odontostomatologia Pediatrica

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

**n 1-2** accessi settimanali (pari ad un minimo di n. **10**ore settimanali)

per minimo n. **10/20** prestazioni complessive giornaliere e n. **800** prestazioni complessive annuali, per unità

**COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO:** € 30/ora

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dal 01.09.2021 al 31.08.2023

**Modalità di finanziamento (specificare se):**

finanziato dai fondi solvenza

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  
Firmato Prof. G. Felisati

IL RESPONSABILE  
S.C. Centro Odontostomatologico Pediatrico  
firmato Prof.ssa A. Malerba

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO  
Firmato dott. R. Baldelli



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

**CODICE AVVISO:DTC-ODONTOPEP-PR1**

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                 |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| COGNOME: _____                                                                                                                                                                                                                                         | NOME: _____                         | NATO/A A: _____ | ( ) IL _____ |
| RESIDENTE A:<br>_____                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                 |              |
| CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____                                                                                                                                                                                                   |                                     |                 |              |
| DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:<br>n 1-2 accessi settimanali (pari ad un minimo di n. 10ore settimanali)<br>per minimo n. 10/20 prestazioni complessive giornaliere e n. 800 prestazioni complessive annuali, per unità |                                     |                 |              |
| 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.