



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO Progetto Finalizzato: **ORTOGNATODONZIA: DIAGNOSI E CURA DELLE MALOCCLUSIONI GRAVI (GRADO 4/5 IOTN) DENTALI E SCHELETRICHE IN SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA DI ETÀ INFERIORE AI 14 ANNI –**

CODICE AVVISO:DTC-ODONTOPEP-PR4

DESCRIZIONE: trattamento ortopedico precoce delle gravi malocclusioni , terapia sindromi ostruttive respiratorie (osas e disturbi del sonno) con particolare interesse alle problematiche di carattere interdisciplinare mediante avanzatori mandibolari, disgiuntori del palato e terapia funzionale.

UNITA' D'OFFERTA: n. 5 unità

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA

Laurea: medicina e chirurgia , odontoiatria e protesi dentaria

Specializzazione: ortognatodonzia – odontoiatria pediatrica

Obbligo d'iscrizione all'ordine/abilitazione.

Altri requisiti: corsi di perfezionamento, master di I e II livello, in materie attinenti l'odontoiatria pediatrica e l'ortodonzia

ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTA esperienza pluriennale in prevenzione orale, odontoiatria pediatrica, ortodonzia , sedazione e anestesia generale in pazienti speciali presso strutture ospedaliere

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-ODONTOPEL-PR4

COGNOME: _____	NOME: _____	NATO/A A: _____	() IL _____
RESIDENTE A: _____			
CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____			
DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:			
<input type="checkbox"/> 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			
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.