



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". Assistenza fisioterapica. **CODICE AVVISO: CARCERI-FKT-PR.2)**

DESCRIZIONE: All'interno dell' Istituto Penitenziario C.R. Opera è funzionante il servizio di Fisioterapia. I Fisioterapisti devono effettuare le prestazioni di fisioterapia ai detenuti.

UNITA' D'OFFERTA: n. 280 ore/mese di attività da distribuirsi su n. 3 unità di Fisioterapisti presso CR Opera, secondo le esigenze di servizio.

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA Fisioterapisti con obbligo d'iscrizione all'albo professionale.

Laurea: laurea triennale in Fisioterapia

Centro di costo a cui assegnare la risorsa: facente capo al DIPSA San Paolo e alla Direzione Medica Area Penitenziaria della ASST Santi Paolo e Carlo (CR Opera).

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 Infermieristico.

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, per la durata di tre anni.

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 DIRETTORE SOCIO SANITARIO
F.to Dott. G. L. Cattaneo

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)

|                                                                                  |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 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