



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO: "GESTIONE DELLE PAZIENTI AFFETTE DA CARCINOMA MAMMARIO "TRIPLE-NEGATIVE" O INSORTO IN DONNE CON AUMENTATO RISCHIO EREDO-FAMILIARE".

CODICE AVVISO : DMO – ONCOSC PR. 1)

DESCRIZIONE: Sviluppo di percorsi specifici per donne affette da carcinoma mammario con caratteristiche biologiche e cliniche richiedenti un particolare approccio diagnostico, terapeutico e di controllo nel tempo della malattia

UNITA' D'OFFERTA: n. 1 unità

Laurea: in Medicina e Chirurgia

Specializzazione: in Oncologia o titolo equipollente o affine, con obbligo d'iscrizione all'ordine professionale/abilitazione.

ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE: Esperienza clinica nell'ambito della gestione di pazienti affette da carcinoma della mammella in tutte le fasi della malattia, compresa quella terminale.

Centro di costo a cui assegnare la risorsa: Divisione di Oncologia Presidio San Carlo

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

X n. 5 accessi settimanali (pari ad un minimo di n. 32 ore settimanali)

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 22.00/ora lordi

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: dall' 1.9.2021 al 31.8.2022

Modalità di finanziamento: Fondi Bilancio Aziendale

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.

Timbro e firma
IL DIRETTORE
Dipartimento Emato-Oncologico
Dott. M. Moroni

Timbro e firma
IL RESPONSABILE S.C. ONCOLOGIA
Dott. M. Moroni

Timbro e firma
IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO

Milano, _____



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

CODICE AVVISO : DMO – ONCOSC PR. 1)

COGNOME: _____	NOME: _____	NATO/A A: _____	() IL _____
RESIDENTE A: _____			
CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____			
DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:			
<input type="checkbox"/> n. 5 accessi settimanali –			
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.