



## RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO:** Progetto finalizzato all' "Attività otorinolaringoiatrica presso il Presidio San Carlo"

**CODICE AVVISO:** DTC-MEDORL-PR.1

**DESCRIZIONE:** partecipazione a tutta l'attività sanitaria della S.C. Otorinolaringoiatria in entrambi i Presidi Ospedalieri, con particolare attività nella struttura ambulatoriale del Presidio San Carlo.

**UNITA' D'OFFERTA:** n. 1 unità

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA:** Medico otorinolaringoiatra con obbligo di iscrizione all'ordine dei Medici e con abilitazione alla professionale.

**Laurea:** Medicina e Chirurgia

**Specializzazione:** Otorinolaringoiatria.

**ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE:** documentata esperienza in attività ambulatoriale.

**Centro di costo a cui assegnare la risorsa:** S.C. Otorinolaringoiatria – Presidio San Carlo

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

n. 5 accessi settimanali (per un minimo di n. 30 ore settimanali) finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali. Eventuale ulteriore attività prestata, non darà luogo a modificazione del compenso.

**COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO:** € 18.480,00=

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dalla data di approvazione e stipula del contratto fino al 31/10/2020.

**Modalità di finanziamento:** finanziato dai fondi di reparto della S.C. Otorinolaringoiatria

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del d.lgs. n. 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 e Collo  
F.to Prof. G. Felisati

IL RESPONSABILE  
S.C. Otorinolaringoiatria  
F.to Prof. G. Felisati

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO  
F.to Dr. R. Baldelli



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

**CODICE AVVISO:DTC-MEDORL-PR.1)**

|                                                                                  |                                     |                 |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--------------|
| COGNOME: _____                                                                   | NOME: _____                         | NATO/A A: _____ | ( ) IL _____ |
| RESIDENTE A:<br>_____                                                            |                                     |                 |              |
| 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.