



RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO: Progetto finalizzato al “Supporto dell’attività assistenziale destinata ai pazienti affetti da Sclerosi Tuberosa Complex”. **CODICE AVVISO:DSMD-MEDNPI-PR 3) - REP**

DESCRIZIONE: Supporto all’assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Tuberosa Complex - Malattia rara

UNITA’ D’OFFERTA: n. 1 unità

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA Medico con obbligo di iscrizione all’Ordine dei Medici e con Abilitazione alla professione

Laurea: Medicina e Chirurgia

Specializzazione: Neuropsichiatria Infantile o Neurologia

ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE: Competenza professionale in ambito Epilettologico ed Elettroencefalografico

Centro di costo a cui assegnare la risorsa: Centro Epilessia

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

circa n. 2 accessi settimanali per un minimo di n. 12 ore settimanali di attività finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali. Eventuale ulteriore attività prestata, non darà luogo a modificazione del compenso.

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 13.992,00=

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: dalla data di stipula del contratto e fino al 31/08/2022.

Modalità di finanziamento: finanziato dai fondi di reparto - CRE

Ai sensi dell’art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della UOC/UOS/UOSD coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l’impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella UOC/UOS/UOSD interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL DIRETTORE Dipartimento
Salute Mentale e delle Dipendenze
F.to Prof.ssa O. Gambini

IL RESPONSABILE
S.C. NPI - CRE
F.to Prof.ssa M. P. Canevini

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



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

CODICE AVVISO:DSMD-MEDNPI-PR 3) – REP

COGNOME: _____	NOME: _____	NATO/A A: _____	() IL _____
RESIDENTE A: _____			
CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____			
DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:			
<input type="checkbox"/> circa n. 2 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.