



CERTIFICAZIONE PROGETTO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

DIRIGENZA MEDICA

**SI PREGA DI CONSEGNARE IL PRESENTE MODULO ENTRO E NON OLTRE IL 5° GIORNO LAVORATIVO DEL MESE SUCCESSIVO
AL FINE DI CONSENTIRE LA TEMPESTIVA LIQUIDAZIONE DELLE RELATIVE COMPETENZE ECONOMICHE.**

IL SOTTOSCRITTO DIRETTORE / RESPONSABILE

NOMINATIVO _____

DELLA STRUTTURA _____

CERTIFICA LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DEI SEGUENTI DIRIGENTI NEL MESE SOTTO INDICATO

MESE DI: _____ **ANNO** _____

Il progetto consiste nell'assicurare la presenza, in alcune strutture dell'Istituto, di personale medico anche nelle giornate non lavorative – sabato, domenica e festivi –, per garantire la continuità assistenziale, sulla base della programmazione del Direttore della struttura di riferimento.

La fascia oraria prevista è tra le ore 9 e le ore 15.

L'attività correlata allo svolgimento dei progetti è resa al di fuori dell'orario di lavoro e deve dare luogo a eccedenze orarie rispetto al debito orario mensile (almeno tre ore); in carenza di tali eccedenze, non si riconoscerà alcun compenso. Non deve essere inserito nella programmazione di accesso al sabato/domenica/festivi, di cui al presente progetto, il medico già in turno di guardia diurno e notturno e che abbia smontato dal turno di guardia del giorno precedente.

Il suddetto compenso riassorbe ogni altra indennità economica comunque connessa alla prestazione lavorativa e le corrispondenti ore prestate, anche oltre le tre ore previste, non possono essere utilizzate per altre finalità e non danno diritto a recupero.

Il progetto avrà durata dal 1 marzo 2018 e sino al 31 dicembre 2018, in via sperimentale.

data compilazione

Firma del Direttore di Struttura/Responsabile