



# CERTIFICAZIONE PROGETTO CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

## DIRIGENZA MEDICA S.C. PEDIATRIA ONCOLOGICA

**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** \_\_\_\_\_

**CERTIFICA LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DEI SEGUENTI DIRIGENTI:**

**MESE:** \_\_\_\_\_ **ANNO** \_\_\_\_\_

*Il progetto consiste nell'assicurare la presenza nella s.c. Pediatria oncologica della Fondazione, di **personale medico** nelle giornate feriali e anche in quelle non lavorative – sabato, domenica e festivi –, per garantire la continuità assistenziale, sulla base della programmazione del Direttore della struttura di riferimento. La fascia oraria pomeridiana nei giorni feriali è fino alle 20 circa; mentre quella prevista nei giorni non lavorativi 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 ecedenze orarie rispetto al debito orario mensile (almeno tre ore giornaliere); in carenza di tali ecedenze, 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.*

Nominativo Dirigente Medico	gg mese	GIORNO DI ATTIVITÀ (da lunedì a venerdì e sabato/domenica/festivo)	n. ore effettuate nella fascia (almeno 3hh)	MOTIVAZIONE esempio: visita ("giro") dei Pazienti pediatrici che rimangono ricoverati; dimissioni; ricoveri di nuovi Pazienti e verifica degli esami effettuati in pre ricovero etc...
			n. ore	
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
	8			
	9			
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			
	16			
	17			
	18			

	19			
	20			
	21			
	22			
	23			
	24			
	25			
	26			
	27			
	28			
	29			
	30			
	31			

data compilazione

Firma del Direttore di Struttura/Responsabile