

Al direttore
SOC Politiche del Reclutamento e Rapporti con Estar
Dipartimento Risorse Umane
Villa Fabbri, Via di San Salvi 12 - 50135 Firenze

Data _____

Oggetto: **RICHIESTA ATTIVAZIONE NUOVO INCARICO PER SPECIALISTA AMBULATORIALE**

Branca di _____

dipartimento* _____

struttura di assegnazione* _____

Con la presente si segnala la esigenza di affidare un incarico di specialistica ambulatoriale interna o professionista, resosi necessario per il seguente motivo:

A. Prosecuzione turno resosi, o che si renderà, vacante a seguito della cessazione con decorrenza _____ del rapporto convenzionale intrattenuto con l'__ specialista:

dr./dr..sa _____ convenzionato/a nella branca di _____

per n. _____ ore settimanali.

Presidi _____

B. Attivazione di un turno di nuova istituzione, resosi necessario per i seguenti motivi: _____

Al finanziamento degli oneri derivanti dal nuovo incarico sarà provveduto come segue (indicare se la spesa è coperta da appositi finanziamenti aziendali/ regionali): _____

Per l'affidamento del nuovo incarico, da far decorrere dal TERMINE ESPLETAMENTO PROCEDURE, si attesta che il relativo costo

È NON È previsto dal budget assegnato per l'anno e si prega di:

A. Procedere all'attivazione di un turno per n _____ ore settimanali da affidare a tempo indeterminato ai sensi degli art. 20 e 21 ACN vigente. (Solo se ritenuto necessario compilare il campo successivo)

Si richiede lo svolgimento di selezione per particolari capacità professionali: _____

B. Procedere alla pubblicazione di un incarico a tempo determinato per n _____ ore settimanali per la durata di n. _____ mesi + _____ mesi (ex art 22)

La scelta di pubblicare l'incarico direttamente a tempo determinato è dovuta alle seguenti motivazioni: _____

* campi obbligatori

L'incarico dovrà essere svolto:

A. Nel rispetto dell'orario riportato in corrispondenza di ciascun presidio:

PRESIDIO								
LUNEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MARTEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MERCOLEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
GIOVEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
VENERDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
SABATO	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	

PRESIDIO								
LUNEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MARTEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MERCOLEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
GIOVEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
VENERDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
SABATO	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	

PRESIDIO								
LUNEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MARTEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
MERCOLEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
GIOVEDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
VENERDÌ	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	
SABATO	dalle ore		alle ore		dalle ore		alle ore	

B. Con orario variabile, come specificato: _____

Nelle more della procedura necessaria per il conferimento del nuovo incarico, si ritiene:*

- NON necessario l'affidamento di un incarico provvisorio in attesa dell'individuazione dell'avente diritto.
- Necessario l'affidamento di un incarico provvisorio in attesa della individuazione dell'avente diritto, tenuto conto dell'esigenza di dare inizio all'attività oggetto dell'incarico stesso.

Il direttore di dipartimento _____
timbro e firma

Il direttore della struttura _____
timbro e firma

Si esprime parere favorevole alla richiesta _____
Il direttore sanitario _____
timbro e firma

* campi obbligatori