



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base

Il Responsabile :Dr.ssa Maria Franca Casella

Il Direttore U.O.C. Attività Amministrative Territoriali

Gestione Personale Convenzionato

Dott.ssa Catena Di Blasi

Prot.: n. 96.....

8 GEN. 2018
Messina,

Oggetto: Autorizzazione Corsi alla formazione continua per i Medici Titolari di C.A. e di Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati a tempo indeterminato con l'Azienda.

Ai Sigg.ri Direttori di Distretto
Loro Sedi

Si rappresenta, che alle scriventi UU.OO.CC. perviene una rilevante richiesta di autorizzazioni per la frequenza dei corsi di formazione e di aggiornamento sia di medici Titolari di C.A. che di Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati con l'Azienda, considerata l'impossibilità a garantire tale controllo per cronica carenza di personale, si invitano le SS.LL. con decorrenza 01/01/2018 a gestire sia l'autorizzazione che la relativa retribuzione dei corsi attinenti alla mansione rivestita, effettuati dai medici che prestano servizio presso il Distretto di pertinenza.

Si precisa, inoltre, che per i medici Titolari di C.A. il tetto massimo annuale da autorizzare e retribuire per l'aggiornamento è di 40hh., ai sensi dell'art.15 dell'A.I.R. del 06/09/2010, mentre per i medici di Emergenza il massimale mensile omnia compressivo di ferie, malattia e corsi d'aggiornamento non deve superare il tetto massimo di 168hh. mensile, così come previsto dell'art.8 dell'Accordo Aziendale dell'Emergenza.

Nel caso che i medici siano titolari presso due presidi di C.A. per 12h., il compenso sarà corrisposto dal Distretto ove si effettua il plus orario.

Si allegano alla presente i modelli autorizzativi per la C.A. e per l'Emergenza Sanitaria Territoriale, che i medici devono presentare preventivamente al Distretto di competenza.

Il Dirigente Medico
Dr. Biagio Ramires

Il Direttore U.O.C.
Attività Amministrative Territoriali
Gestione Personale Convenzionato
Dott.ssa Catena Di Blasi

Catena Di Blasi

Il Responsabile U.O.C.
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica
Dr.ssa Maria Franca Casella

Maria Franca Casella



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Prot. n.

Data.....

Oggetto: Richiesta autorizzazione corsi formativi ai sensi dei combinati art.15 dell'A.I.R. ed art.9 dell'A.I.A.
per la Continuità Assistenziale

Al Distretto di _____

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, nato/a a _____

il _____ C.F. _____, medico Titolare di C.A. in servizio presso il

Presidio di C.A. di _____ Distretto di _____, ai sensi dei

combinati articoli contrattuali citati in oggetto,

CHIEDE

a codesto Dipartimento l'autorizzazione a partecipare al seguente corso di formazione:

Si è grati che l'avvenuta autorizzazione alla frequenza del corso sia comunicata al seguente recapito (tel., fax, e-mail) _____

Sarà cura del/lla sottoscritto/a presentare al Distretto l'attestato di partecipazione al corso riportante anche le ore effettuate, al fine delle retribuzione delle stesse come attività di servizio.

Data

Firma del Medico di C.A.

NON SI AUTORIZZA per _____

SI AUTORIZZA la S.S. , previa la copertura del servizio, e nell'ambito delle ore settimanali contrattualmente previste, alla frequenza del corso suindicato.

Il Dirigente Medico del Distretto



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Prot. : n.....

Rif. Nota :

Allegati : n.....

Oggetto: Autorizzazione corso aggiornamento di E.S.T..

Al Dr. _____

Con riferimento alla Sua istanza del _____, visto il programma del corso inerente al servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, **SI AUTORIZZA** la SS, previa copertura del servizio, e nell'ambito delle ore contrattualmente previste, alla frequenza del seguente corso:

Del _____ a _____

Luogo e data _____

Il Dirigente Medico

Dr. _____