



PSN_RU

Prot. N. _____

del _____

Il Responsabile di Progetto

U.O.C.

Prot. N. _____

del _____

Al Direttore Sanitario Aziendale

Al Direttore Amministrativo

Al Coordinatore Aziendale dei Progetti di PSN

Al Direttore dell'U.O.C. Affari Generali

Indirizzo mail:
Numero di telefono:

Decreto Assessoriale n° _____ del _____

Oggetto:

Delibera di approvazione del progetto n° _____ del _____

Oggetto:



Codice Progetto:
Titolo progetto:
Annualità:
Numero di conto economico:

Prima richiesta:
Richiesta successiva (data prima richiesta __ / __ / __):

Descrizione selezione pubblica richiesta					
Figura Professionale	N u m e r o	Costo massimo contr. prog. annuo	Costo massimo borsa s annuo	d u r a t a	Competenz e particolari e/o specifiche
<input type="checkbox"/> Medici specialistici		€. 40.000,00	€. 25.000,00		
<input type="checkbox"/> Medici non specializzati		€. 35.000,00	€. 25.000,00		
<input type="checkbox"/> Dirigenti Sanitari (Farmacisti, Psicologi, Biologi)		€. 30.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Informatici con particolare qualificazione		€. 30.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Informatici programmatori		€. 24.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Figure professionali qualificate (Statista, Data manager, Project manager)		€. 30.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Infermieri		€. 24.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Tecnici sanitari		€. 24.000,00	n.a.		



<input type="checkbox"/> Amministrativi	€. 24.000,00	n.a.		
<input type="checkbox"/> Addetti di segreteria	€. 20.000,00	n.a.		

Il Responsabile del Progetto

<p>Visto</p> <p>Data __/__/____</p>	<p>Il Coordinatore Aziendale dei progetti di PSN</p> <p>_____</p>
<p>Visto</p> <p>Data __/__/____</p>	<p>Il Direttore Amministrativo</p> <p>_____</p>
<p>Visto</p> <p>Data __/__/____</p>	<p>Il Direttore Sanitario Aziendale</p> <p>_____</p>