



Proposta N°916 del 05/09/2016

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI

N° 871 del 05 SET. 2016

OGGETTO: PRESA D' ATTO TIROCINIO PRATICO-FORMATIVO PER LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE – CAU VANESSA.

Vista la comunicazione di avvio tirocinio prevenuta con nota prot. n° 2016/12149 del 06/06/2016, dal Segretario della Scuola FSMG Dott. Alessandro Albergucci per la Dott.ssa Cau Vanessa, nata a Lanusei il 09/01/1986 e residente a Ilbono, in Loc Coroddis s.n.c., iscritta al corso triennale per la formazione specifica in medicina generale presso il reparto di Pediatria e Chirurgia(all A);

Considerato che il tirocinio avrà durata complessiva di 350 ore ripartito in ore settimanali , da svolgersi nel reparto di pediatria e chirurgia prevalentemente la mattina; la partecipazione dovrà essere documentata con i fogli firma di presenza giornaliera predisposti dalla segreteria della Scuola FSMG;

Preso atto che la Dott.ssa Cau Vanessa è assicurata contro gli infortuni (polizza n° 131453342 e per Responsabilità Civile Terzi (polizza n° 1/2537/65/102271423/636), con la compagnia "UnipolSai"(all. B);

Visto il giudizio di idoneità positivo alla specifica mansione, rilasciato alla Dott.ssa Cau Vanessa in data 20 Giugno 2016 dal Medico Competente Aziendale:

Visto il certificato relativo al corso di formazione di base per la sicurezza aziendale rilasciato dal Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione in data 16 Luglio 2016;

Viste la L.R. n° 10/2006, la legge n° 196/97, il D.M. 142/98 e la Circolare Ministeriale n° 92/98;

DETERMINA

Per i motivi esposti in premessa,

Di prendere atto, autorizzando, il tirocinio della Dott.ssa Cau Vanessa, nata a Ilbono in Loc Coroddis s.n.c., iscritta al corso triennale per la formazione specifica in medicina generale (per un totale di 350 ore);



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 4 Lanusei

Di trasmettere copia della presente al Responsabile di Pediatria e Chirurgia del ASL n° 4 di Lanusei.

~~IL DIRETTORE DEL SERVIZIO AA.GG. E LEGALI
DOTT. ANTONIO MARIO LOI~~





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL 4 Lanusei

Proposta N° 916 del 05 SET. 2016

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI

N° 871 del 05 SET. 2016

Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente determinazione è pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

05 SET. 2016

A.S.L. n° 4 - LANUSEI
Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali
Dr. Antonio Mario Loi



Protocollo n° PG/2016/ 18159 del 05 SET. 2016

DESTINATARI:

- Servizio AA.GG. e Legali
- Direttore Generale

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

2013/2016

Sassari 31-05-2016

ASL4
Prot. 2016/12149 del 06/06/2016 ore 10.27
Mitt.: ASL 1 SASSARI
Ass.: Affari Generali e Legali

Alla c/a del
Dott. Gutierrez
Lanusei



Oggetto: Comunicazione riguardo la dr.ssa Vanessa Cau per la richiesta di una frequenza di tipo osservazionale, per la Formazione Specifica in Medicina Generale .

In data 25 novembre 2013 è stato attivato il corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale (2013/2016) nella sede della Formazione della ASL n.1 di Sassari, presso la struttura ex ospedale di San Camillo. Al corso partecipano i medici tirocinanti vincitori del concorso regionale.

L'attività formativa consiste in attività seminariali coordinate dal dr. Antonello Desole e attività pratiche coordinate dal dott. Tito Paolini, mentre la Responsabile organizzativa è la dott.ssa Simonetta Dettori, responsabile del Servizio Formazione dell'Asl n.1 di Sassari.

Con la presente in riferimento all'oggetto, accertata telefonicamente la Vostra disponibilità, si comunica che la dr.ssa Vanessa Cau, nata a Lanusei il 09/01/1986, residente a Ilbono, Località Coroddis snc, C.F. CAUVSS86A49E441K, tel. 3490722421, e-mail: vanessa.cau@hotmail.it, svolgerà una frequenza osservazionale nell'ambito dell'area tematica "Pediatria" presso la Vostra Struttura.

La formazione prevede un periodo continuativo di 350 ore ripartito in ore settimanali, da svolgersi prevalentemente la mattina; la partecipazione dovrà essere documentata con i fogli firma di presenza giornaliera predisposti dalla segreteria, a garanzia della frequenza.

Si evidenzia che la dr.ssa Vanessa Cau è coperta da assicurazione.

Ringrazio per la Vostra collaborazione e porgo distinti saluti.

Ps: il numero della Segreteria è lo 079 2062385

*Il sottoscritto ha autorizzato l'addebi-
tamento in materia di sicurezza
pubblica*



Segretario della Scuola FSMG
dott. Alessandro Albergucci



2001

1 004 00636 00104073787

Atto di variazione temporanea RESPONSABILITÀ CIVILE RISCHI DIVERSI

NUMERO POLIZZA 1/2537/65/102271423/636
 AGENZIA TERNI SUBAGENZIA 407

Contraente/Assicurato SCUDO MEDICO
Domicilio PIAZZA GUGLIELMO MARCONI, 25 - 00144 ROMA - RM
Codice Fiscale 97820020580

DATI GENERALI			
Effetto variazione	01/04/2016	Scadenza variazione	13/06/2017
Scadenza polizza	01/09/2019	Scadenza prima rata	01/09/2016
Frazionamento premio	ANNUALE	Convenzione	NO
Campagna di vendita	NO	Vincolo	NO
Regolazione Premio	NO	Indicizzazione	NO
Tacito rinnovo	NO		

PREMI IN EURO					
PREMI DI RATA	Netto	Oneri per il frazionamento	Imponibile	Imposte	TOTALE
Rata alla firma	45,52	==	52,35	11,65	64,00
Rate successive	108,70	==	125,01	27,81	152,82
PREMIO ANNUO IN EURO					152,82

Le parti prendono atto della seguente variazione apportata alla polizza:

A seguito della variazione descritta nel presente Allegato all'atto di variazione temporanea si procede all'incasso del premio indicato alla sezione Premi in Euro.

INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI

Il presente contratto:

- È soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti;
- non è soggetto ad adeguamento automatico per indicizzazione, come previsto dalle condizioni Generali di Assicurazione.

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

Il Contraente

Emessa il 17/06/2016



Il pagamento del premio è stato effettuato il _____

L'Agente o l'Incaricato

2001

**Allegato all'Atto di variazione temporanea
RESPONSABILITÀ CIVILE RISCHI DIVERSI**

NUMERO POLIZZA 1/2537/65/102271423/636
AGENZIA TERNI SUBAGENZIA 407

Contraente/Assicurato SCUDO MEDICO
Domicilio PIAZZA GUGLIELMO MARCONI, 25 - 00144 ROMA - RM
Codice Fiscale 97820020580

VARIAZIONE AI CONTENUTI DI POLIZZA

A far data dall'effetto della presente appendice e fino alla data di scadenza sopra indicata, con la presente si intende incluso in garanzia il Dott. CAU VANESSA C.F. CAUVSS86A49E441K per le seguenti partite:

-R.C. Max 750.000,00

Premio € 64,00

La presente appendice avrà effetto dal giorno 13/06/2016 scadenza 136/06/2017

Si intendono valide le condizioni di polizza riportate nel normativo Medici tirocinanti iscritti alla Fimmg ed. 03/03/2014

FERMO IL RESTO.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

 **assistudio**


Il Contraente

1031

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00114256746

AGENZIA TERNI										NUMERO ARCHIVIO 00114256746			
COD. AG.	COD. SUBAG	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)		
1/2537	407	77	131453342		1031	10	2016		0	0			
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO			
13/06/2016		13/06/2017		13/06/2017		1 ANNUALE		13/06/2016					
CONVENZIONE			COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG				
TIROCINANTI FIMMG			3414			22500			921				
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA			
CAU VANESSA - LOCALITA' CORODDIS, SNC - 08040 ILBONO OG										CAUVSS86A49E441K			

PREMI

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV. RISCHIO
44,11	6,62	50,73	1,27	* 52,00	OG
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE	COMBINAZIONE
43,49	6,52	50,01	1,25	51,26	

La presente polizza è integrata dal Fascicolo informativo mod. 1031 edizione 01/06/2014

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INFORTUNI: MORTE		1	0,13	80.000,00	11,00
INVALIDITÀ PERMANENTE			0,24	160.000,00	39,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

GRUPPO 2

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INFORTUNI: MORTE					
INVALIDITÀ PERMANENTE					
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

50,00

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 45,92.

INFORMATIVA HOME INSURANCE

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella *home page* del sito internet della Società (www.unipolsai.it) è disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare *on line* la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.

Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" *on line* disponibile nell'Area stessa.

Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative a rischi particolari.

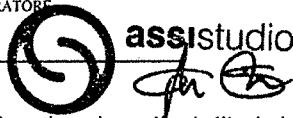
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**Il Contraente dichiara:**

- ✓ di aver ricevuto dall'intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente polizza, nei modi e tempi previsti dalla normativa vigente, i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento degli intermediari (mod. 7A) e sui dati essenziali della sua attività (mod. 7B), previsti dall'art. 49, commi 1 e 2, del Reg. Isvap n. 5 del 16/10/2006;
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione 01/06/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione 01/06/2014, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute nell'ALLEGATO di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate.
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate
 - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE

**Il Contraente dichiara:**

- ✓ di avere ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23 e 26 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa, nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente i seguenti articoli contenuti nel fascicolo informativo:

- | | |
|--|---|
| Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro | Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato |
| Art. 1.9 - Altre assicurazioni | Art. 2.13 - Arbitrato irrituale |
| Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione | Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo |
| Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione | Art. 3.7 - Estensioni - lettera b) infortuni determinati da calamità naturali |
| Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro | |
| Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità | |

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 13/06/2016

Il premio della rata alla firma è stato pagato il 13/06/2016

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

L'Agente o l'Incaricato

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.454.951,73
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

1031

I 003 00000 00114256746

Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA 1/2537/77/131453342
AGENZIA TERNI CODICE SUBAGENZIA 407


Contraente/Assicurato CAU VANESSA
Indirizzo LOCALITA' CORODDIS, SNC - 08040 ILBONO - OG
Codice Fiscale CAUVSS86A49E441K

INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

Deroga alle condizioni del prodotto 1031. Si intende valido il normativo " INFORTUNI MEDICI TIROCINANTI ISCRITTI ALLA FIMMG" mod. 3414 ed. 01/02/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente

 **assistudio**
