

**ISTRUZIONE PER DAR CORSO AL RECUPERO DELLE SOMME PER
I RIPOSI NON GODUTI**

1. Compilare scheda notizie, informativa privacy e questionario ed inviare i predetti documenti via mail a info@gestionecreditipubblici.it specificando nell'oggetto "**medici recupero riposi non goduti**" o via fax allo 055 290 831;
2. Compilare atto di costituzione in mora e contestuale accesso agli atti (doc. 1), sottoscrivendo tutte le pagine della stessa;
Si raccomanda di inserire con la massima precisione le ASL ove si presta o si è prestato servizio e di cui si lamenta la mancata fruizione del diritto al riposo (giornaliero/settimanale/annuale);
3. inviare la costituzione in mora e l'accesso agli atti (doc. 1) tramite raccomandata a/r con ricevuta di ritorno a tutti i soggetti destinatari indicati, e quindi Azienda/e sanitaria/e, Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri;
4. una volta ricevute tutte le cartoline di ritorno della raccomandata compilare la procura speciale all'accesso agli atti (doc. 2) sottoscrivendola ed allegando:
 - a. documento identità;
 - b. copia tesserino azienda sanitaria di appartenenza;
 - c. copia – se in possesso – della documentazione oraria dei turni svolti presso l'Azienda sanitaria di appartenenza;
5. inviare la procura speciale IN ORIGINALE ad ANA OO ASSOMED, Via XX Settembre 68, 00187 ROMA oppure ad una delle sedi periferiche;
6. una volta in possesso della documentazione relativa all'orario di lavoro di cui ha estratto copia presso l'Azienda/e di appartenenza, il medico dovrà procedere ad un primo conteggio su base mensile delle ore di riposo non godute. In particolare:
 - a. con riferimento alle ore di riposo giornaliero dovrà conteggiare le ore di riposo non goduto tra un turno ed un altro tenendo presente che la direttiva riconosce un riposo minimo di 11 ore tra un turno ed un altro ovvero in caso di c.d. turno spezzato (es. 8-12 15-19) occorrerà conteggiare 11 ore di riposo consecutivo nell'arco di un periodo di 24 ore;
 - b. con riferimento all'orario settimanale dovranno essere segnalati i giorni in cui il medico non ha goduto di un periodo minimo di riposo ininterrotto di 24 ore a cui vanno sommate le 11 ore di riposo giornaliero (per un totale di 35 ore consecutive) oltre alle

settimane in cui è stato superato il limite orario di 48 ore comprensive di straordinario;

- c. con riferimento alle ferie non godute il medico dovrà segnalare i casi in cui in un anno solare non abbia goduto di almeno 4 settimane di ferie. In questo caso dovrà essere inoltre allegata richiesta formale di ferie alla ASL di appartenenza e correlato diniego da parte della stessa ASL ovvero in caso di mancanza di tale diniego da parte della ASL si prega comunque di compilare la dichiarazione in allegato (doc. 3);
7. con i dati di cui al punto 6. il medico interessato dovrà compilare il doc. 4 allegato;
8. una volta eseguite le operazioni di cui ai punti precedenti il medico interessato dovrà inviare tutta la documentazione ad ANAAO – ASSOMED che previa intesa con i professionisti di Gestione Crediti Pubblici verificherà la sussistenza dei requisiti di fatto e di diritto per il riconoscimento dei compensi dovuti dal mancato godimento dei riposi così come previsti dalla Direttiva 2003/88;
9. qualora vi fossero tali requisiti il medico interessato sottoscriverà personalmente contratto con “*Gestione Crediti Pubblici srl*” ai fini della gestione del contenzioso volto all’accertamento dei diritti di cui sopra, alle condizioni economiche previste dalla Convenzione.

Luogo, data

MINISTERO DELLA SALUTE, in persona del Ministro pro tempore
Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 ROMA

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, in persona del Presidente del Consiglio pro tempore,
Palazzo Chigi, Piazza Colonna 370
00187 Roma - Italia

AZIENDA SANITARIA LOCALE (aggiungere nome asl), **in persona del legale rappresentante p.t.**, aggiungere indirizzo sede legale

Aggiungere altre eventuali ASL ove si è prestatato servizio

Aggiungere altre eventuali ASL ove si è prestatato servizio

Aggiungere altre eventuali ASL ove si è prestatato servizio

Raccomandata a/r

Costituzione in mora per inadempimento alla Direttiva 2003/88 e per la mancata fruizione di riposi, ferie, straordinari e contestuale istanza di accesso agli atti relativi alla documentazione inerente il rapporto di lavoro ai sensi e per gli effetti della L. 241/1990

Il sottoscritto Dr....., nato a....., c.f., residente a....., attualmente medico dirigente presso....., rappresenta quanto segue.

Il sottoscritto svolge le proprie mansioni di medico dirigente presso..... dal..... [(AGGIUNGERE EVENTUALI ALTRE ASL OVE SI E' PRESTATO SERVIZIO ovvero ELIMINARE IL SEGUENTE PERIODO Il sottoscritto, inoltre, ha svolto le proprie mansioni di medico dirigente presso..... dal.....al.....]

Durante lo svolgimento delle mie mansioni presso l'Azienda sanitaria di.....nel periodo dal..... (AGGIUNGERE EVENTUALI ALTRE ASL E PERIODI DI CUI SI LAMENTA IL MANCATO DIRITTO AL RIPOSO) non venivano garantiti al sottoscritto i diritti al riposo giornaliero e settimanale, il limite massimo di lavoro settimanale di 48 ore, comprensivo di straordinario, oltreché il diritto alle ferie, così come garantiti e riconosciuti dalla Costituzione italiana e dalla Direttiva 2003/88.

Inoltre, durante il suddetto periodo a fronte del mancato riconoscimento dei riposi giornalieri e settimanali non venivano riconosciuti al sottoscritto emolumenti a titolo di straordinario.

Appare, dunque, di tutta evidenza come la suddetta condotta dei soggetti destinatari della presente abbia comportato una grave violazione di diritti costituzionalmente garantiti, quali il diritto al riposo ed alla dignità del lavoro.

Con la presente pertanto sono a richiedere a tutti i destinatari della presente uniti dal vincolo di solidarietà tutti i danni subiti e subendi dal sottoscritto, danni che mi riservo di quantificare nelle sedi più opportune.

Valga la presente quale formale atto di costituzione in mora.

Dott.....

(FIRMA)

*O*O*O

Unitamente alla presente costituzione in mora il sottoscritto richiede ai sensi e per gli effetti della L. 241/1990 s.m.i., artt. 22 e seguenti, nei confronti dell'Azienda Sanitaria..... (*AGGIUNGERE EVENTUALI ALTRE ASL*), l'accesso agli atti relativi alla documentazione inerente il rapporto di lavoro.

In particolare si fa formale richiesta di poter prender visione ed estrarre copia dei documenti attestanti l'orario di lavoro svolto dal sottoscritto presso l'Azienda Sanitaria Locale di..... per tutto il periodo dal 01.11.2004 ad oggi. (*AGGIUNGERE EVENTUALI ALTRE ASL E PERIODI DI CUI SI LAMENTA IL MANCATO DIRITTO AL RIPOSO*)

Dott.....

(FIRMA)

PROCURA SPECIALE

Il sottoscritto Dr....., nato a il, c.f., residente in conferisce

procura speciale

unitamente e disgiuntamente tra loro ad **ANAAO – ASSOMED Associazione Medici Dirigenti**, in persona del legale rappresentante p.t., Dott. Costantino Troise, pec segreteria.nazionale@anaao.postecert.it, con sede in Roma, Via XX Settembre, 68 e all'**Avv. Pietro L. Frisani**, c.f. FRSPTR64Po8Lo49K, pec pietro.frisani@firenze.pecavvocati.it, con studio in Firenze, Via Curtatone 2, ai fini dell'esercizio del diritto di accesso agli atti attestanti l'orario di lavoro svolto dal sottoscritto dal..... presso l'Azienda Sanitaria di.....(AGGIUNGERE ALTRE EVENTUALI ASL E PERIODI DI RIFERIMENTO COME DA COSTITUZIONE IN MORA) previsto ai sensi della Legge 241/1990.

Con la presente, conferisco agli stessi ogni più ampia facoltà prevista dalla legge, compresa quella di prender visione ed estrarre copia dei suddetti documenti, di nominare delegati, e di presentare ricorso all'Autorità competente in caso di diniego di accesso ai documenti.

Si allega documento di identità del sottoscritto.

Firma

Luogo e data

Il sottoscritto Dr....., nato a....., c.f., residente a....., attualmente medico dirigente presso.....,

DICHIARA

in relazione alle ferie non godute per l' anno..... di non aver mai ricevuto proposta di piano ferie da parte della Azienda Sanitaria di..... ed in ogni caso di non aver mai manifestato diniego alla medesima proposta o di aver rinunciato alle stesse a fronte della proposta di piano ferie da parte della Azienda Sanitaria di ove presto(avo) servizio.

(FIRMA)

Anno:	a) Ore di riposo giornaliero non godute - riposo minimo di 11 ore nell'arco di 24 ore	b) Numero di settimane in cui si è superato il limite orario di 48 ore comprensive di straordinario e relativo numero complessivo di ore eccedenti	c) Giorni di riposo settimanale non goduti - 24 ore ogni settimana + 11 ore di riposo giornaliero per un totale di 35 ore consecutive	d) Ferie non godute per anno - 4 settimane per anno solare (inserire il conteggio dei giorni nel campo "TOTALE")
GENNAIO				
FEBBRAIO				
MARZO				
APRILE				
MAGGIO				
GIUGNO				
LUGLIO				
AGOSTO				
SETTEMBRE				
OTTOBRE				
NOVEMBRE				
DICEMBRE				
TOTALE				



GESTIONE CREDITI PUBBLICI

SCHEDA NOTIZIE

- NOME: _____
- COGNOME: _____
- DATA E LUOGO DI NASCITA _____
- CODICE FISCALE _____
- RESIDENZA _____
- RECAPITI TELEFONICI _____
- E-MAIL _____
- POSTA CERTIFICATA _____
- ANNO SPECIALIZZAZIONE _____
- ATTUALE RUOLO OCCUPATO PRESSO ASL DI APPARTENENZA
_____ DAL _____
- ELENCO STRUTTURE SANITARIE DI SERVIZIO PER PERIODO:
 - a) _____ dal _____ al _____
 - b) _____ dal _____ al _____
 - c) _____ dal _____ al _____
- EVENTUALI AZIONI LEGALI CONTRO IL PROPRIO (EX) DATORE DI LAVORO
E NATURA DELL'AZIONE (es. rimborso compensi specializzandi presso Tribunale
di.....) - SPECIFICANDO SE PENDENTI O DEFINITE

_____, li _____

**QUESTIONARIO SU ORARIO DI LAVORO APPLICATO DALLA
STRUTTURA SANITARIA DI DIPENDENZA**

RAPPORTO DI LAVORO

1. Data dell'assunzione ed incarico/i affidato/i e ricoperto/i

2. Struttura/e sanitaria/e di appartenenza con specifica indicazione dell'ente di appartenenza (azienda sanitaria / azienda ospedaliera universitaria) con indicazione dei periodi di assunzione:

3. Puoi allegare la documentazione attestante quanto sopra riferito SI NO
In caso di risposta negativa indicare la documentazione mancante

ORARIO DI LAVORO

1. Usi/fruisci di almeno 11 ore di riposo tra un turno ed un altro ovvero in caso di turno spezzato (es. 8-12/15-19) di 11 ore di riposo consecutivo nell'arco di un periodo di 24 ore: SI NO

In caso di risposta negativa precisare se la mancata fruizione del turno di riposo ha caratteristica strutturale/sistematica ovvero costituisce una eccezione

2. Sei mai stato incaricato della copertura del turno "mattino - notte" SI NO

In caso di risposta affermativa precisare se la modulazione dei turni ha caratteristica strutturale/sistematica ovvero costituisce una eccezione

-
-
-
3. Il tuo orario di lavoro settimanale – comprensivo della reperibilità e/o di eventuali straordinari - supera le 48 ore? SI NO

In caso di risposta affermativa precisare se la modulazione dell'orario di lavoro oltre le 48 ore ha caratteristica strutturale/sistematica ovvero costituisce una eccezione

4. Usi per ogni periodo di 7 giorni di un periodo minimo di riposo ininterrotto di 24 ore a cui si sommano le 11 ore di riposo giornaliero SI NO

In caso di risposta negativa precisare se la mancata fruizione dei riposi settimanali ha caratteristica strutturale/sistematica ovvero costituisce una eccezione

5. Puoi allegare la documentazione attestante quanto sopra riferito SI NO

In caso di risposta negativa indicare la documentazione mancante

FERIE

1. Hai usufruito integralmente di ferie annuali retribuite di almeno 4 settimane SI NO

In caso di risposta negativa precisare se ne hai fatta espressa richiesta per iscritto e/o se ne hai usufruito nel semestre successivo a quello del mancato godimento.

2. Puoi allegare la documentazione attestante quanto sopra riferito SI NO

In caso di risposta negativa indicare la documentazione mancante

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, Gestione Crediti Pubblici s.r.l., è tenuta in qualità di "Titolare" del trattamento a fornirLe alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

1. Modalità della raccolta dei dati

La informiamo che i dati in possesso della Società sono stati raccolti con le seguenti modalità:

1. raccolta diretta dei dati presso l'interessato
2. raccolta dei dati tramite schede informative
3. raccolta tramite banche-dati

2. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati, effettuato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza, potrà essere effettuato secondo le seguenti modalità:

1. registrazione ed elaborazione su supporto cartaceo o comunque non automatizzato;
2. registrazione ed elaborazione su supporto automatizzato;
3. i suoi dati personali potranno essere oggetto di trattamento, per le finalità di cui al punto 3 della presente informativa, anche attraverso le seguenti modalità: telefax, telefono, anche senza assistenza di operatore, posta elettronica, SMS ed altri sistemi informatici e/o automatizzati di comunicazione.

3. Finalità del trattamento cui sono destinati i dati

I dati personali saranno oggetto di trattamento, anche mediante utilizzo di procedure informatiche e telematiche, per le seguenti finalità:

finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto con la Gestione Crediti Pubblici s.r.l., nella misura necessaria allo svolgimento del rapporto contrattuale ed in conformità alle clausole contenute nel conferimento di mandato da Lei sottoscritto.

4. Ambito di comunicazione e diffusione dei dati personali

I dati personali potranno essere comunicati da GCP s.r.l. alle categorie di soggetti di seguito esemplificate, per tutte le finalità indicate in precedenza al punto 3 della presente informativa: (i) soggetti terzi, incaricati dell'esecuzione di attività direttamente connesse e strumentali allo svolgimento ed esecuzione del rapporto contrattuale con GCP s.r.l.

I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

5. Carattere obbligatorio o facoltativo del conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati alla GCP s.r.l., secondo le finalità sopra esposte, è strettamente funzionale all'instaurazione ed alla prosecuzione del rapporto contrattuale. Un eventuale rifiuto al loro conferimento e trattamento avrà come conseguenza l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto.

6. Responsabile del trattamento

Il Responsabile interno del trattamento dei dati è, ai sensi dell'Art. 8 legge 196/2003, la Dr.ssa Giovanna Raffaele domiciliata, per la carica, presso la sede di Firenze, via Curtatone n. 2.

7. Diritti di cui all'art. 13 D. Lgs. 196/2003

La informiamo che l'articolo 13 della Legge 196/2003 Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, funzionali alla tutela della riservatezza. Più precisamente, Lei può ottenere dal Titolare o dal Responsabile del trattamento dei dati personali la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, e che tali dati vengano messi a Sua disposizione in forma intelligibile. Lei può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; opporsi infine, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

_____ , li ___/___/____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 del predetto decreto presta il proprio consenso all'intero trattamento dei propri dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dal contratto.

Luogo _____ data _____

Nome _____ Cognome _____

Firma leggibile _____