



INFORMAZIONI PERSONALI

GIUSEPPE PUGLISI



VIA ALFIERI 17 20154 MILANO



Telefono aziendale 02/55036312



Email aziendale giuseppe.puglisi@policlinico.mi.it

Sesso Maschio Data di Nascita 08/05/1958 Nazione ITALIA

POSIZIONE RICOPERTA

DIRIGENTE BIOLOGO

ESPERIENZA PROFESSIONALE

Da Marzo 1988 a Marzo 2022

DIRIGENTE

Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Biologo presso il laboratorio di Immunologia dei Trapianti del NITp.

Attività o Settore Sanita' e assistenza sociale

Da Giugno 1984 a Marzo 1988

Biologo ricercatore

Clinica Medica Policlinico di Milano

studio dei fattori di crescita midollari nel modello murino. Studio dei progenitori ematopoietici in colture cellulari. Crioconservazione di preparati aferetici nel trapianto di midollo autologo. Immunofenotipo nelle patologie oncoematologiche.

Attività o Settore Ematologia sperimentale

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Da Marzo 1982 a Giugno 1984

Iscrizione all'albo Nazionale dei Biologi

Ospedale Civile di Niscemi

conoscenze e pratica delle tecniche di analisi biochimiche

COMPETENZE PERSONALI

Lingua madre

Italiano

Altre lingue

	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
Inglese	A1	A1	A1	A1	A1

Livelli: A 1/2 Livello Base - B 1/2 Livello Intermedio - C 1/2 Livello Avanzato

Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue

Competenze comunicative

Esperienze di comunicazioni di dati sensibili ai pazienti in lista di attesa per trapianto. Comunicazioni di dati immunologici ai Centri di Trapianto. Comunicazioni e stesura di indicatori di attività. Comunicazione orale all'interno della rete trapianti su argomenti di carattere generale che riguardano l'attività di trapianto.

Competenze organizzative e gestionali

Organizzazione gestionale con un biologo e due tecnici sulle applicazioni della citometria a flusso nel trapianto di organi.

Competenze professionali

buone competenze in citometria a flusso

buone competenze nel training di nuove figure collaborative all'interno del laboratorio di Immunologia dei Trapianti.

Competenze informatiche

buona competenza del pacchetto Office

ottima competenza nell'uso di software gestionali (TrapNet) e nell'uso di software applicate a specifici strumenti di lavoro
es software DIVA nella citometria a flusso.



Patente di guida B

ULTERIORI INFORMAZIONI

Presentazioni dal 2000 in poi presentazione di articoli scientifici, o argomenti inerenti il campo trapiantologico nel programma di formazione del personale, all'interno del programma di qualità presso l'U.O.C 580

ALLEGATI

attestato Ecm_2018_152_P1.pdf
corretto utilizzo dei videoterminali
rischio elettrico
rischio biologico
il rischio chimico
Assicurazione colpa grave 2014
Ass. 2016/2017
la formazione generale dei lavoratori lgs 81/2008
le emergenze
attestato privacy 2018.pdf
attestato il paziente cronico.pdf
Attestato_ECM_211_11999_1575802421.pdf
attestato Giuseppe Puglisi.pdf

Dati personali [Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali'.](#)



Reg. n°: EP/44525 del 08/06/2018

Sistema regionale ECM-CPD

La/Il Sig.ra/Sig.

PUGLISI GIUSEPPE

Nata/o il 08/05/1958 a caltagirone

Codice Fiscale PGLGPP58E08B428N

in qualità di Partecipante

ha partecipato al **Progetto di Formazione sul Campo (FSC)**

"FSC - Addestramento"

tenutosi dal 14/05/2018 al 08/06/2018

titolo progetto

"Il LIS del Laboratorio ed utilizzo del programma CONCERTO"

Codice ID: 131816

per un totale di n. 4,0 ore.

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri della D.G.R. n. VII/18576 del 05/08/2004 e successive modifiche

ha acquisito n° 6 Crediti ECM per l'anno 2018

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Provider ECM/CPD n. RL0080

con Decreto della struttura competente **n. 12282 del 10/10/2017**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2018

Luogo di rilascio
Milano

Data di rilascio
25/03/2019

Il Responsabile Scientifico
F.to Dr. Ceriotti Ferruccio

IL PRESIDENTE
Legale Rappresentante
F.to Dott. Marco Giachetti

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Sede legale: Via Francesco Sforza 28 - 20122 Milano



U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"Il corretto utilizzo dei videotermini"**

codice ID: 111026

della durata di **N. ore 2**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 3** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 12/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo





U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"Rischi infortuni, elettrici generali e da attrezzature"**

codice ID: 111042

della durata di **N. ore 1**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 1,5** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 18/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo





U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"La prevenzione del rischio biologico"**

codice ID: 111070

della durata di **N. ore 4**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 6** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 18/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo





U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"Il rischio chimico"**

codice ID: 111075

della durata di **N. ore 3**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 4,5** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 12/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo





RICORDA: Se hai acquistato nella scorsa annualità assicurativa sul portale Marsh la polizza RCT Sanitaria GROUPAMA (con scadenza 31-12-2013) non devi inviare questa documentazione (neanche la seconda pagina)

INVIARE IL PRESENTE DOCUMENTO A:



Spett.le
Groupama Assicurazioni S.p.A
Mail:
adesionicolpgrave@gmail.com
Fax: 0187.575808

Data 01/12/2013

Oggetto: Adesione alla Convenzione RCT Sanitaria GROUPAMA

Causale di riferimento: GRP060221855B

Con la presente richiedo di aderire alla Convenzione RCT Sanitaria GROUPAMA con l'emissione del relativo certificato di polizza in riferimento ai documenti di seguito allegati:

- Modulo di adesione alla Polizza RC Terzi – Colpa Grave

Distinti saluti,

Firma _____

Invia il presente Modulo a mezzo mail (consigliato), o fax, utilizzando i recapiti presenti nella Lettera Accompagnatoria RC

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a **Giuseppe Puglisi**
 Nato il **08/05/1958** Codice Fiscale **PGLGPP58E08B428N**
 Indirizzo: **Via Vittorio Alfieri 17**
 Cap **20154** Citta' **Milano** Prov **MI**
 Telefono **3397386826** Fax _____ E-Mail **peppino.puglisi@libero.it**
 Ente di appartenenza **FOND.IRCCS POLICLINICO MANGIAGALLI E REGINA ELENA**

DATI TECNICI

Decorrenza: ore 24:00 del 31/12/2013 Scadenza: ore 24:00 del 31/12/2014

Stato Esercizio: Lavoratore Attivo

Massimale: € 5.000.000

Qualifica: C = Dirigente Sanitario non medico

Copertura per 2° Mansione: NO

Copertura per 3° Mansione: NO

Franchigia: nessuna

L'Assicurato Aderisce alla Copertura della Responsabilità Patrimoniale e dichiara quanto segue:

1. a) di aver preso visione della modulistica pre-contrattuale: modulo 7AB, Informativa privacy
 b) di aver preso visione del Fascicolo Informativo (composto da Nota Informativa della Compagnia, Glossario, condizioni di assicurazione, Fac-simile del modulo di adesione) prima della sottoscrizione del questionario/modulo di proposta, di cui al regolamento ISVAP n°35 del 26/05/2010
 c) prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali da parte della Compagnia.

Contraente/Assicurato _____ Data 01/12/2013

2. a) di far parte del personale (a qualsiasi titolo inquadrato) di una delle Aziende del SSN della Regione Toscana o di una delle seguenti aziende del SSN: Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico; AUSL Forlì; IRST Forlì; Fondazione Monasterio; ASL Lodi; AO Lodi; ASP Trapani; ASL Lanusei; AO Poma; ASL Viterbo; ASL Reggio Emilia.
 b) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza stipulata con l'Impresa di Assicurazione Groupama di cui il sottoscritto ha preso visione.
 c) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art.1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza.

d) non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla seguente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con una richiesta di risarcimento da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

Contraente/Assicurato _____ Data 01/12/2013

3. Consco che, ai sensi e per gli effetti degli art. 1892 e 1893 del codice civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, dichiaro che i dati sopra riportati corrispondono al vero.

Contraente/Assicurato _____ Data 01/12/2013

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

4. a) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Convenzione
 b) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made".
 c) Esclusione dei fatti e circostanze pregresse noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente assicurazione.

Contraente/Assicurato _____ Data 01/12/2013

POLIZZA N. ILI0002264.002858
 che sostituisce la polizza ILI0002264.001043
ASSICURAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE COLPA GRAVE
PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1 – Contraente

Contraente/Assicurato : PUGLISI GIUSEPPE

Indirizzo : VIA VITTORIO ALFIERI 17 - 20154 MILANO (MI)

Codice Fiscale/Partita IVA : PGLGPP58E08B428N

**Gruppo di appartenenza/
codice** : CONVENZIONE NAZIONALE MARSH / BR01

Categoria Assicurata : Dirigente Sanitario non Medico

Ente di appartenenza/codice: policlinico milano

Categoria Assicurata : =====
(in caso di seconda mansione)

Ente di appartenenza/codice: =====
(in caso di seconda mansione)

2 - Durata

Durata della polizza : dalle ore 24.00 del 31/12/2016 alle ore 24:00 del 31/12/2017
 (escluso tacito rinnovo)

Data di retroattività : ore 24.00 del 31/12/2005

3 - Copertura, Massimale

Copertura : **RESPONSABILITA' CIVILE COLPA GRAVE**

Massimale : Euro 5.000.000,00 per sinistro/anno

4 - Condizioni

Testo di polizza : **POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE", PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, Ed. 30/11/2016**

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

1) ULTRATTIVITA' : *(da richiamare in caso di attivazione)*

5 - Premio Netto

Premio netto annuo minimo
 anticipato e alla firma : Euro 261,76

6 – Imposte e Ritenzione

Imposte : 22,25% sul premio netto

Ritenzione : 100% AIG

7 - Broker

Broker e codice broker : **MARSH S.p.A. – cod. 1175**

8 - Rata di premio alla firma fino al 31/12/2017

PREMIO MINIMO ANTICIPATO NETTO:	EUR	261,76
IMPOSTE: (pari al 22,25 % del premio anticipato annuo)	EUR	58,24
PREMIO ANTICIPATO LORDO:	EUR	320,00

La polizza è costituita dalla presente Scheda di Polizza e dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE: Agli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

L'Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: "Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una **condanna**, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all'attività oggetto della presente assicurazione?" Ho risposto:

NO

SI 1 Condanna: **In sede:** Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:

SI 2 Condanne: **In sede:** Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:

In sede: Civile Penale per lesioni colpose Penale per omicidio colposo
Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:

2. Alla domanda: "E' a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della sua Azienda di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lei imputabili?" Ho risposto:

NO

SI 1 Risarcimento **Importo del risarcimento:** €
Data in cui le è stato formalizzato il pagamento da parte dell'Ente:

SI 2 Risarcimenti **Importo del risarcimento: €**
Data in cui le è stato formalizzato il pagamento da parte dell'Ente:

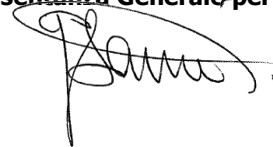
Importo del risarcimento: €
Data in cui le è stato formalizzato il pagamento da parte dell'Ente:

3. Prendo atto che sono esclusi:

- le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori;
- i sinistri denunciati ai precedenti assicuratori;
- le richieste di risarcimento connesse a fatti che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti noti:
 - a. l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni;
 - b. l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza o dal suo Assicuratore;
 - c. l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'
AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia



Polizza emessa in Milano il 17/12/2016

La rata di premio alla firma è stata pagata a mie mani oggi
Milano, 30/01/2017

ALLEGATO A – MODULO DI PROPOSTA ON-LINE**POLIZZA DI ASSICURAZIONE della RESPONSABILITA' CIVILE del
Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale**

Data dell'ultimo aggiornamento dei dati contenuti nel presente Modulo di Proposta: 30.11.2016

Il/la **sottoscritto/a** PUGLISI GIUSEPPE
residente in VIA VITTORIO ALFIERI 17 - 20154 MILANO (MI)
codice fiscale PGLGPP58E08B428N, in qualità di Dirigente Sanitario non Medico
presso l'Azienda policlinico milano.

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE COLPA GRAVE
con decorrenza dal 31/12/2016 al 31/12/2017

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- A) le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla polizza stipulata con AIG EUROPE LIMITED di cui il sottoscritto ha preso visione;
- B) l'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'art. 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "claims made". La garanzia vale per le richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e da questi denunciate all'Assicuratore nel corso del periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato in polizza;
- C) le dichiarazioni in merito allo stato di rischio sono tracciate nel frontespizio di polizza.

Il sottoscritto dichiara che le dichiarazioni ivi contenute sono conformi a verità e che nessun fatto essenziale è stato esposto in maniera inesatta, erroneamente dichiarato o omesso volontariamente. Ogni informazione fornita dal sottoscritto sarà preso a fondamento del contratto assicurativo stipulato con AIG EUROPE LIMITED. Il sottoscritto si impegna a informare AIG EUROPE LIMITED in merito a qualsiasi cambiamento sostanziale di tali fatti che intervenga prima della data di decorrenza della polizza (anche ai sensi degli Artt. 1897 e 1898 C.C.).

Agli effetti dell'art.1341 c.c. il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza;
- B) Formulazione temporale dell'assicurazione "claims made".

Data 17/12/2016

FIRMA _____

**PROCEDURA MODALITÀ DI ADESIONE ALLA POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE COLPA GRAVE
PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Per aderire alla polizza Responsabilità Civile Colpa Grave ciascun Assicurato deve provvedere, direttamente, al versamento del premio dovuto, determinato come segue:

CLASSE DI RISCHIO	CATEGORIA	PREMIO LORDO ANNUO (EURO)
A	Dirigente Medico e Veterinario	470,00
B	Medici convenzionati e contrattisti	370,00
C	Dirigente Sanitario non Medico	320,00
D	Medici Specialisti in formazione	320,00
E	Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale	180,00
F	Componenti Comitato Etico	180,00
G	Dirigente professionale, tecnico e amministrativo	180,00
H	Quadri sanitari / altro personale sanitario	70,00
I	Restante personale non sanitario	50,00
L	Dirigenti Infermieristici	90,00

Tariffa riferita a:

RETROATTIVITA' 10 ANNI
MASSIMALE Euro 5.000.000

*** GLI IMPORTI SI INTENDONO IN VALUTA EURO**

****I PREMI SI INTENDONO AL LORDO DELLE TASSE**

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo di decorrenza dell'Assicurazione indicato nella Scheda di Copertura ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro dell'Assicurato, alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

Ciascun Contraente dovrà altresì compilare in tutte le sue parti il Modulo di Proposta e corrispondere il premio dovuto.

In caso di rinnovo alle medesime condizioni in corso, non sarà necessario compilare nuovamente il modulo di proposta.

In tale caso l'assicurazione decorrerà:

dalle ore 24 del giorno di decorrenza, indicato nella Scheda di Copertura e registrato nell'apposito sito internet messo a disposizione dal Broker per la gestione delle adesioni, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di conferma della copertura - per i nuovi aderenti ed entro 30 giorni dalla data di scadenza annuale per i rinnovi - e il presente contratto sia stato firmato in ogni sua parte e inviato al proponente entro 30 giorni dalla ricezione dello stesso.

Si precisa inoltre che in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel periodo di polizza l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente all'Assicuratore senza dover corrispondere il maggior premio. Una volta effettuata la comunicazione il rischio si intende automaticamente in garanzia.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'adesione tutte le mansioni svolte e pagare il relativo premio.

Il premio dovuto sarà pari al 75% della somma dei premi relativi alle diverse adesioni/mansioni ricoperte.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE "COLPA GRAVE" PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

PREMESSA

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente.

Le clausole che prevedono oneri ed obblighi a carico del Contraente e/o dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni, diritti di rivalsa e limitazioni della copertura, sono state evidenziate con particolari caratteri (corsivo, sottolineato).

Resta inteso che:

- le Definizioni hanno valore convenzionale ed integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale;
- l'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", ciò significa che la presente polizza copre i Sinistri notificati dall'Assicurato all'Assicuratore per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

Articolo 1 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Nel garantire la copertura assicurativa l'Assicuratore si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.

A tal fine e con la stipulazione della presente polizza l'Assicurato dichiara:

- 1.1 di esercitare l'attività professionale con regolare iscrizione agli albi e registri previsti dalla legge e dai regolamenti vigenti; tale attività professionale comprende le specializzazioni indicate nel modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia;
- 1.2 di esercitare la predetta attività nell'ambito del sistema sanitario pubblico in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato dell'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale indicata nell'annessa Scheda di Copertura;
- 1.3 che in forza del CCNL di lavoro vigente od in applicazione di accordi e convenzioni intervenuti con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione, ivi inclusa la libera professione intramuraria, la stessa Azienda del Servizio Sanitario Nazionale è obbligata a garantire una adeguata copertura della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di dolo e colpa grave;
- 1.4 di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sulla Azienda del Servizio Sanitario Nazionale di appartenenza con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi regionali o aziendali all'uopo deliberati né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi regionali e aziendali.

Articolo 2 RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione oppure la cessazione dell'assicurazione (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile). Sono particolarmente rilevanti le informazioni fornite e le dichiarazioni rese dall'Assicurato nel modulo di Proposta al momento della sottoscrizione del contratto di Assicurazione.

Articolo 2bis AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio, nonché di qualsiasi variazione nella professione assicurata come indicata nella Scheda di Copertura. Gli aggravamenti di rischio di cui all'Art. 1898 del Codice Civile e le variazioni nella professione assicurata non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dall'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile.

Articolo 3 DEFINIZIONI

Le Parti convengono che le definizioni che seguono formano parte integrante del contratto di Assicurazione e valgono ad interpretarne le condizioni ed ogni altra previsione.

Contraente	L'Assicurato
Assicurato	la persona nominativamente indicata nella Scheda di Copertura assunta con rapporto di lavoro o di servizio con l'Azienda del Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di amministratore, dipendente, dirigente, convenzionato, specializzando, lavoratore subordinato.
Azienda del Servizio Sanitario Nazionale o Azienda Sanitaria	l'ospedale, l'istituto, la clinica o altro stabilimento sanitario facente capo al sistema sanitario pubblico nazionale ed indicato nella Scheda di Copertura, presso cui l'Assicurato eserciti la propria attività professionale.
Assicuratore	AIG EUROPE LIMITED, Rappresentanza Generale per l'Italia , con sede in Milano, via della Chiusa, 2.
Broker	Marsh S.p.A.
Danno/Danni	il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali
Perdite Patrimoniali	il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Massimale	<u>la somma massima che l'Assicuratore sarà tenuto a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di Assicurazione, qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate.</u>

Periodo di Assicurazione	il periodo compreso tra le date di inizio e di termine stabilite nella Scheda di Copertura, ovvero in presenza di rinnovi senza soluzione di continuità, il periodo compreso tra la data di inizio riportata sulla Scheda di Copertura relativa alla prima adesione e la data di termine indicata nel certificato di rinnovo relativo all'annualità in corso.
Periodo di Efficacia:	il periodo intercorrente tra la data di retroattività convenuta, quale indicata nella Scheda di Copertura, e la data di scadenza del Periodo di Assicurazione.
Richiesta di risarcimento	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none">• l'inchiesta giudiziaria promossa davanti alla Corte dei Conti per Colpa Grave contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;• la comunicazione con la quale l'Azienda Sanitaria o la società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria mette in mora l'Assicurato per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo.
Sinistro	la Richiesta di Risarcimento sopra definita, notificata all'Assicurato per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.
Certificato	il documento emesso, con i suoi annessi e/o allegati, quale prova del contratto di Assicurazione
Modulo e Scheda di Copertura	i documenti allegati al presente contratto di Assicurazione che ne costituiscono parte integrante, nei quali sono riportati i dettagli richiamati nel testo.

Articolo 4 FORMA DELL'ASSICURAZIONE («CLAIMS MADE») – RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made", e copre le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore e, trascorsi 10 giorni dalla fine di tale periodo, nessun Sinistro potrà esser loro denunciato. (Si vedano gli articoli 10.1 e 18 per ulteriori aspetti di dettaglio).

La data di retroattività convenuta corrisponde al giorno e al mese indicato nella Scheda di Copertura.

Articolo 5 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Verso pagamento del premio convenuto e alle condizioni tutte di cui al presente contratto di Assicurazione, l'Assicuratore, fino a concorrenza del Massimale come definito all'articolo 3 e riportato nella Scheda di Copertura, presta l'assicurazione nella forma "claims made" come stabilito all'articolo 4 precedente, e si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza definitiva della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dall'Azienda Sanitaria e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di lavoratore che esercita l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico nazionale alle dipendenze dell'Azienda Sanitaria indicata nella Scheda di Copertura, ivi compresa l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile personale dell'Assicurato per danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici.

Resta esclusa dalla presente assicurazione qualsiasi attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto di lavoro diretto con il Servizio Sanitario Nazionale.

Articolo 6 PRECISAZIONE SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, come definita nella presente polizza e ferme le esclusioni che seguono, viene prestata con riferimento alle attività dichiarate dall'Assicurato nel modulo di Proposta (compresa l'attività di specializzando svolta entro il periodo di retroattività previsto in polizza) ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, se ed in quanto compatibili ai sensi delle leggi e regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso, così come riportate nella Scheda di Copertura.

E' compresa altresì l'attività professionale intramoenia esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Articolo 7 SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

L'Assicuratore assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze davanti alla Corte dei Conti a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicuratore risponde inoltre, in aggiunta al Massimale stabilito nella Scheda di copertura ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato in caso di sinistro, così come previsto all'art. 1917 del Codice Civile.

L'Assicuratore non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano stati incaricati e/o approvati dall'Assicuratore e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 8 NOZIONE DI “TERZO” O “TERZI”

Il termine “terzo” o “terzi” sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i pazienti. Sono esclusi da questa nozione:

- a. il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;
- b. i prestatori di lavoro del sistema sanitario pubblico nazionale; tuttavia anche costoro saranno considerati terzi quando fruiscano personalmente delle prestazioni del sistema sanitario pubblico nazionale stesso quali pazienti.

Articolo 9 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'Azienda Sanitaria di appartenenza, esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. E' tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia. L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, salvo nei casi di delibazione secondo la legge italiana di sentenze di Paesi diversi dall'Italia.

Articolo 10 ESCLUSIONI

10.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma “Claims Made”, quale temporalmente delimitata nel presente contratto di Assicurazione, sono esclusi:

- a. i sinistri che siano denunciati all'Assicuratore in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo la tolleranza di 10 giorni di cui all'articolo 18 che segue;
- b. le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti assicuratori; i sinistri denunciati ai precedenti assicuratori; le richieste di risarcimento connesse a fatti che fossero già noti all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione. Configurano fatti noti: l'aver riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento dei danni; l'aver ricevuto, prima della stipulazione della presente polizza, un invito a dedurre da parte della Corte dei Conti, o un atto di formale costituzione in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza o dal suo Assicuratore; l'essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda Sanitaria di appartenenza e/o da parte di altro Ente Pubblico, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi imputabili all'Assicurato.
- c. i sinistri relativi a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Copertura;

- 10.2 Sono escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento :
- 10.2.1 riconducibili ad attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale Pubblico. Si precisa che questa esclusione non e' applicabile all'attività intramuraria ed al primo soccorso prestato per motivi deontologici;
- 10.2.2 attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;
- 10.2.3 riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;
- 10.2.4 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;
- 10.2.5 in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei limiti territoriali convenuti all'articolo 9;
- 10.2.6 per danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici;
- 10.2.7 per danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci somministrati o prescritti dall'Assicurato;
- 10.2.8 basate sulla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- 10.2.9 derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- 10.2.10 relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare (punitive or exemplary damages);
- 10.2.11 relative a danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;
- 10.2.12 relative a perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;
- 10.2.13 riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- 10.2.14 conseguenti a inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale;
- 10.2.15 che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo; oppure in occasione di radiazioni provocate dall'accumulazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'utilizzo di apparecchiature debitamente autorizzate e funzionali all'attività professionale esercitata;
- 10.2.16 che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali in qualsiasi locale ove l'Assicurato esercita la professione;

- 10.2.17 derivanti da rapporti diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- 10.2.18 che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale oggetto di copertura, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- 10.2.19 derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona;
- 10.2.20 avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali.

Articolo 11 RESPONSABILITÀ SOLIDALE

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, l'Assicuratore risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

Articolo 12 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE – PROTEZIONE DI EREDI E TUTORI

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà oppure per pensionamento, o a seguito di morte o di incapacità d'intendere e di volere, esclusa pertanto ogni altra ragione come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, come previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari applicabili, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Trascorsi 10 (dieci) giorni dal termine della durata dell'estensione anzidetta, cessa ogni obbligo dell'Assicuratore nei confronti dell'Assicurato e nessun sinistro potrà essergli denunciato.

Il contenuto del presente articolo si intende operativo anche a protezione degli eredi o successori o tutori dell'Assicurato, purché essi rispettino le condizioni applicabili.
Resta fermo e confermato in tutti i casi il disposto dell'articolo 18 (facoltà di recesso in caso di sinistro).

Articolo 13 VARIAZIONI LEGALI DEL RISCHIO

Fermo quanto previsto all'art. 2bis (Aggravamento e Diminuzione del Rischio), qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi una diminuzione (articolo 1897 C.C.) o un aggravamento (articolo 1898 C.C.) del rischio per effetto del sopravvenire e/o di mutamenti di disposizioni di legge o di regolamenti applicabili all'attività professionale svolta dall'Assicurato presso l'Azienda Sanitaria come indicato nella Scheda di Copertura, le citate disposizioni del Codice Civile non si applicheranno, e il rischio continuerà a formare oggetto della presente assicurazione senza alcuna modifica del premio dovuto all'Assicuratore.

Articolo 14 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Copertura se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati all'Assicuratore/Broker, altrimenti ha inizio dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato non paga il premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Si rinvia al Modulo di Proposta per gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di adesione alla presente Polizza ed al pagamento del premio.

Articolo 15 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 16 RISOLUZIONE ANNUALE

Il presente contratto termina alla data di scadenza senza obbligo di disdetta, non essendo previsto il tacito rinnovo o la tacita proroga

Articolo 17 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI – SECONDO RISCHIO

Qualora esistano altre coperture assicurative, da chiunque contratte, a coprire responsabilità dell'Assicurato e/o danni o perdite cagionati dall'Assicurato, analoghe rispetto a quelle garantite dalla presente Polizza, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i massimali previsti dalle altre coperture assicurative siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di Copertura e ferme le franchigie ove applicabili.

L'obbligo di comunicare all'Assicuratore la coesistenza di altre coperture assicurative sussiste soltanto in caso di sinistro. L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'inadempimento degli obblighi di comunicazione e di denuncia di cui sopra può comportare per l'Assicurato la perdita del diritto all'indennità.

Articolo 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo restando le definizioni di polizza "Richiesta di risarcimento" e "Sinistri", è fatto obbligo all'Assicurato di denunciare, entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, solamente i Sinistri per cui abbia ricevuto in forma certa:

- Formale messa in mora da parte dell'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o dell'Assicuratore dell'Azienda Sanitaria di appartenenza per danni o perdite cagionati da fatto gravemente colposo;
- Invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.

L'inchiesta giudiziaria (procedimento penale) e/o procedimento civile promosso contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità professionali previste dall'oggetto di questa assicurazione non costituiscono un Sinistro ai sensi di polizza e non devono, pertanto, essere notificati.

L'Assicurato deve far denuncia scritta all'Assicuratore di ciascun Sinistro entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia va fatta ad AIG Europe Limited L'inadempimento dell'obbligo di denuncia di Sinistro può comportare la perdita del diritto all'indennità ovvero la riduzione dell'indennizzo liquidabile secondo quanto previsto all'art. 1915 c.c.

La denuncia di Sinistro deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per l'Assicuratore.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'articolo 17, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto dell'Assicuratore, l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 19 FACOLTA' DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo alla sua liquidazione o reiezione, tanto l'Assicurato che l'Assicuratore possono recedere dal presente contratto con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. Nel caso di recesso da parte dell'Assicuratore, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Articolo 20 SURROGAZIONE

L'Assicuratore è surrogato, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti. Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro delle strutture sanitarie pubbliche nazionali, che sono soggetti per legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 21 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto. Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e AIG Europe Limited.

Articolo 22 CLAUSOLA BROKER (valida solo se l'intermediario indicato nella Scheda di Copertura è iscritto alla Sezione B del RUI)

Con la sottoscrizione del presente contratto di Assicurazione l'Assicurato conferisce al Broker di Assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura il mandato a rappresentarlo ai fini del contratto di Assicurazione stesso.

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'articolo 18 e di recesso in caso di sinistro, regolamentate dall'articolo 19 che restano invariati e confermati.

L'Assicuratore accetta che il pagamento dei premi sia fatto tramite il broker.

Articolo 23 NORME DI LEGGE E FORO COMPETENTE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle Parti contraenti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente il Foro di Milano o, a scelta della parte attrice, quello del luogo dove ha sede il Broker cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA (valida solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

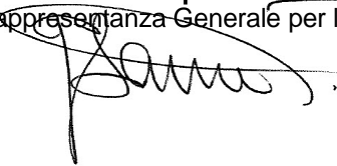
1) ULTRATTIVITA'

Se durante il periodo di assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per sua libera volontà e non per altra ragione, come ad esempio la sospensione o la cancellazione dall'Albo professionale per motivi disciplinari o il licenziamento per giusta causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Nel caso di cessazione dell'attività senza che ne sia stata intrapresa una nuova compresa tra quelle assicurabili con le medesime modalità di adesione alla polizza e previo il pagamento di un premio aggiuntivo equivalente al 200% del premio corrispondente all'ultima mansione, è riservata all'Assicurato – che abbia stipulato il presente contratto per un anno – la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 5 anni per eventuali azioni nei propri confronti durante il periodo di validità della presente polizza.

L'ASSICURATO

AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia



Il sottoscritto Assicurato dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente contratto di Assicurazione e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1 di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «CLAIMS MADE», a coprire le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate all'Assicuratore durante lo stesso periodo;

2 di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli:

- | | |
|-------------|--|
| Articolo 1 | Dichiarazioni dell'Assicurato |
| Articolo 4 | Forme dell'Assicurazione ("Claims Made" – Retroattività) |
| Articolo 9 | Limiti territoriali |
| Articolo 10 | Esclusioni (in particolare quelle dell'Assicurazione claims made – 10.1) |
| Articolo 16 | Risoluzione annuale |
| Articolo 17 | Coesistenza di altre assicurazioni (secondo rischio) |
| Articolo 18 | Denuncia dei sinistri (esclusione dei sinistri denunciati dopo la cessazione del Periodo di Assicurazione) |
| Articolo 19 | Facoltà di recesso in caso di sinistro |
| Articolo 22 | Clausola Broker |
| Articolo 23 | Norme di legge e Foro Competente. |

L'ASSICURATO



U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"Il D. Lgs. 81/2008 - La formazione generale dei Lavoratori"**

codice ID: 111086

della durata di **N. ore 6**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 9** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 11/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo





U.O.S. Prevenzione e Protezione

RSPP: Dr. Paolo Grillo

Tel. 02 5503.4681/ 8382 - mail: spp@policlinico.mi.it

Sistema regionale ECM-CPD

La/il Sig.ra/Sig. Giuseppe Puglisi

Nata/o il 08/05/1958 a Caltagirone (CT)

Codice fiscale: PGLGPP58E08B428N

in qualità di **Partecipante**
professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto **di Formazione a Distanza (FAD pura)**

accreditato dal **15/01/2017** al **31/12/2017**

dal titolo **"Le emergenze"**

codice ID: 111023

della durata di **N. ore 1**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione dei criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi

ha acquisito **n° 1,5** crediti ECM per **l'anno 2017**

L'evento è stato accreditato da
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
con Decreto Direzione Generale Sanità **n. 910 del 10/02/2014**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2017

Milano, 19/11/2017

Il Legale Rappresentante
Presidente Marco Giacchetti

Il Responsabile Scientifico
Dott. Paolo Grillo



Sistema regionale ECM-CPD

il Dott./Sig.

Giuseppe Puglisi

Codice Fiscale: PGLGPP58E08B428N, nato a Caltagirone il giorno 08/05/1958

in qualità di Partecipante

professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto di **Formazione a Distanza (FAD pura)**
tenutosi **dal 16 Luglio 2018 al 31 Dicembre 2018**

dal titolo

La nuova privacy in sanità: GDPR e norme di adeguamento

Codice ID: **132318** della durata di **n. 2 ore.**

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri
della D.G.R. n. VII/18576 del 05.08.2004 e successivi
ha acquisito **N.3 (tre)** Crediti ECM per **l'anno 2018**

L'evento è stato accreditato da

IRCCS Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Provider 0080

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2018

Luogo di rilascio
Milano

Data di rilascio
25/11/2018

Il Responsabile Scientifico

F.to Prof.ssa Silvana Castaldi

IL PRESIDENTE

Legale Rappresentante

F.to Arch. Marco Giachetti



Reg. n°: EP/52575 del 31/12/2018

Sistema regionale ECM-CPD

La/Il Sig.ra/Sig.

PUGLISI GIUSEPPE

Nata/o il 08/05/1958 a caltagirone

Codice Fiscale PGLGPP58E08B428N

in qualità di Partecipante

professionista appartenente al SSR

ha partecipato al progetto di **Formazione a Distanza (FAD pura)**

tenutosi dal 07/02/2018 al 31/12/2018

dal titolo

"La presa in carico del paziente cronico in regione Lombardia e in Fondazione"

Codice ID: 123577

della durata di n. 1,0 ora.

In conformità alla documentazione conservata e in applicazione ai criteri della D.G.R. n. VII/18576 del 05/08/2004 e successive modifiche

ha acquisito n° 3 Crediti ECM per l'anno 2018

L'evento è stato accreditato da

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Provider ECM/CPD n. RL0080

con Decreto della struttura competente **n. 12282 del 10/10/2017**

quale attività del piano formativo relativo all'anno 2018

Luogo di rilascio
Milano

Data di rilascio
04/06/2019

Il Responsabile Scientifico
F.to Dr.sa Castaldi Silvana

IL PRESIDENTE
Legale Rappresentante
F.to Dott. Marco Giachetti

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - Sede legale: Via Francesco Sforza 28 - 20122 Milano



E.C.M.

Commissione Nazionale Formazione Continua



Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanita'

Premesso che la **Commissione Nazionale per la Formazione Continua** ha accreditato il Provider provvisorio/standard **ECMLIVE SRLS**, accreditamento n. **5236**.

Premesso che il Provider ha organizzato l'evento formativo n. 274192, edizione n. 1, denominato "**WORKSHOP: IL NUOVO CCNL DEI MEDICI, VETERINARI E DIRIGENTI SANITARI**" e tenutosi a Bollate (MI) presso Biblioteca Comunale dal 25/10/2019 al 25/10/2019, avente come obiettivo didattico/formativo generale "**COD.17 Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni di sistema**" assegnando all'evento stesso

N. 7 sette Crediti Formativi E.C.M.

il/la sottoscritto/a

Roberta Bettoni

Rappresentante legale del Provider

(ovvero Responsabile dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

Verificato l'apprendimento del partecipante

ATTESTA

che il

Dott./Sig. **GIUSEPPE PUGLISI** in qualità di **Biologo** (Biologo), nato a Caltagirone (CT) il 08/05/1958 iscritto all'Ordine/Collegio/ASS. prof.li **Ordine Nazionale dei Biologi** num **EA_006435**, ha acquisito:

N. 7 sette Crediti Formativi per l'anno 2019

Cremona (CR), li 25/10/2019

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

(ovvero Responsabile dell'evento, su delega del rappresentante legale del Provider)

ATTESTATO RILASCIATO A

GIUSEPPE PUGLISI

per la partecipazione a
"Italian Antibody Workshop On Line"
7 luglio 2021

