Al Direttore Generale dell’ASL Salerno

 protocollogenerale@pec.aslsalerno.it

RICHIESTA STIPULA CONVENZIONE PER ACQUISIRE PRESTAZIONI SANITARIE SPECIALISTICHE RESE, IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA, DA DIRIGENTI SANITARI DIPENDENTI DELL’ASL SALERNO

 (ex art.11 del Regolamento disciplinante l’attività libero-professionale dell’ASL Salerno –

Deliberazione n.405 del 16/12/2019)

Il/La sottoscritto/a………………………… nato/a a…………… il…………… C.F……………. in qualità' di (segnare con una X il caso che ricorre) □ legale rappresentante □ procuratore speciale con poteri di rappresentanza della Struttura sanitaria (indicare la denominazione/ragione sociale) ………………………….…….. partita IVA n..…………………………..……..……, con sede legale in via …………………….. n. ……….. C.A.P. ……………… Città ……………….… prov. (..…..), tel…….……….. mail……….. pec……………….

**CHIEDE**

la stipula di una convenzione al fine di acquisire prestazioni sanitarie specialistiche rese, in virtù di rapporto fiduciario, dal Dott./Dott.ssa …………………………… matr.n……………………. dipendente a tempo pieno dell’ASL Salerno presso il P.O./Distretto/ Dipartimento………………………………………

A tal fine

*ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.445, consapevole della sussistenza di responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni non rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000*

**DICHIARA**

* che la Struttura sanitaria (indicare la denominazione/ragione sociale) ……………………… svolge la seguente attività ………………………..., in conformità al proprio oggetto sociale ed all’atto costitutivo ed opera attraverso il regime di ***struttura sanitaria******NON accreditata****, autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento n.…………… rilasciato da …. in data ……………..;*
* che le prestazioni oggetto della convenzione saranno erogate presso gli ambulatori siti in Via………………..Città……………….. Prov………………..;
* di essere consapevole che la convenzione richiesta **vieta** ogni rapporto diretto tra il professionista incaricato di effettuare la prestazione e la Struttura sanitaria e pertanto si obbliga a non corrispondere nessuna forma di remunerazione diretta al sanitario interessato;
* di essere edotto/a che l’incarico sarà svolto in regime di attività intramoenia, nel rispetto della normativa vigente, al di fuori dell’orario di servizio, nei giorni, nelle ore che saranno stabiliti di comune accordo tra il sanitario interessato e l’ASL Salerno, nella persona del Direttore del Macrocentro di Responsabilità cui il sanitario afferisce;
* di sollevare l’ASL Salerno da qualsiasi responsabilità inerente l’utilizzo dei propri spazi e delle proprie attrezzature e di essere consapevole che la copertura RCT è a proprio carico;
* di essere consapevole che il sanitario individuato potrà cominciare a svolgere la propria attività libero-professionale, presso la Struttura sanitaria, solo dopo la sottoscrizione di apposita convenzione;
* di essere a conoscenza che la convenzione che si andrà a stipulare avrà durata di anni uno (1) a decorrere dalla data di sottoscrizione della stessa e potrà essere tacitamente rinnovata, con riserva di immediata risoluzione qualora disposizioni nazionali e/o regionali definiscano un diverso testo convenzionale;
* di essere edotto/a che le tariffe riportate nella convenzione non potranno essere inferiori al ticket / diritto sanitario previsto per le corrispondenti prestazioni istituzionali e che le stesse sarannoda intendersi ***al netto****:*
	+ della quota eventualmente spettante alla Struttura sanitaria ospitante;
	+ dell’IRAP che resta a carico del reale fruitore della prestazione, ossia dell’Ente esterno richiedente;
	+ dell’imposta di bollo ove dovuta.
* di aver preso visione del vigente regolamento disciplinante l’attività libero-professionale intramuraria dell’ASL Salerno adottato con deliberazione del D.G.n.405 del 16/12/2019;
* di acconsentire, con la sottoscrizione della presente richiesta, al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.n.196/2003 e ss.mm.ii.e del GDPR n.679/2016.

Data………………………………. Firma……………………..…….

Si allega documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità.