

**ACCORDO CONTRATTUALE DI COLLABORAZIONE TRA ASL VCO E LA  
SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA FORLIFE AVENTE SEDE LEGALE E  
OPERATIVA A NOVARA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN  
DIETOLOGIA**

**TRA**

L'ASL VCO di Omegna, P.IVA/C.F 00634880033, rappresentata dal Direttore Generale ASL  
VCO Dr.ssa Chiara Serpieri domiciliata ai fini del presente accordo contrattuale presso la  
sede legale della stessa A.S.L., Via Mazzini 117 ,28887 Omegna (VB)

**E**

La Società **FORLIFE SRL** Cod. Fisc. E P.IVA 02230210037, con sede legale e operativa a  
Novara in Via Pietro Custodi n. 36 che gestisce il "Centro Medico San Francesco" con sede  
legale e operativa in Via Pietro Custodi n. 36, Novara (NO) (nel prosieguo d'atto  
denominato Centro in possesso delle autorizzazioni comunali e regionali per lo svolgimento  
di attività di assistenza polispecialistica ambulatoriale non convenzionata), nella persona del  
Legale Rappresentante Sig.ra Anna Maria Montoro domiciliata, ai fini del presente accordo  
contrattuale, presso la sede legale della Società a Responsabilità Limitata

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:**

**ART. 1** . L'ASL VCO autorizza i dirigenti della SSD DIETOLOGIA e NUTRIZIONE  
CLINICA, a tempo indeterminato e a rapporto esclusivo che hanno optato per l'attività in  
intra moenia, ad effettuare in regime di libera professione intramuraria d'equipe prestazioni  
specialistiche ambulatoriali di DIETOLOGIA utilizzando le attrezzature di proprietà della  
Società.

**ART. 2** Le prestazioni indicate nell'art. 1 verranno svolte, fuori orario di servizio ai sensi:  
- dell'art. 8 del D.P.C.M. 27/03/2000 che prevede la possibilità per le Aziende Sanitarie di  
erogare attività libero professionali richieste a pagamento da terzi e che le stesse sono da

considerarsi attività libero professionale se svolte fuori orario di servizio;

- dell'art. 114 comma 4 del C.C.N.L. 19/12/2019 della dirigenza medico-veterinaria che richiama l'art. 115 comma 1 c, che prevede testualmente “ *qualora l'attività di consulenza sia chiesta all'Azienda da soggetti terzi, essa costituisce una particolare forma di attività aziendale a pagamento, da esercitarsi fuori dell'orario di servizio..., omissis...mediante apposita convenzione tra i soggetti interessati...*”

- dell'art. 9 del vigente regolamento per l'attività libero professionale dell'ASL VCO che ha per oggetto l'attività libero professionale richiesta a pagamento da terzi.

La sede legale e operativa risulterà in Via Pietro Custodi n. 36 a Novara, con un impegno massimo complessivo di 20 ore mensili. Nel dettaglio le prestazioni saranno le seguenti con le rispettive tariffe richieste dall'ASL alla Società:

| <b>Branca</b> | <b>Catalogo</b> | <b>Descrizione</b>                     | <b>Tariffa Richies. per prestazione</b> |
|---------------|-----------------|--|---|
|               | <b>Reg.</b>     |  |   |
| 79            | 8901.30         | <b>Visita dietologica di controllo</b> | <b>€. 60,00</b>                         |
| 79            | 897.27          | <b>Prima visita dietologica</b>        | <b>€. 102,00</b>                        |

**ART. 3** la Società effettuerà le prenotazioni delle prestazioni oggetto della presente convenzione utilizzando propria modalità informatica e compilerà contestualmente anche il modulo cartaceo di cui all'allegato 1 al presente accordo che restituirà mensilmente ASL VCO unitamente al modulo allegato 2 di cui al successivo art. 5.

**ART. 4** La Società si impegna a garantire la tracciabilità di tutte le prestazioni eseguite presso il medesimo e di cui deve risultare anche la documentazione contabile, prevedendo modalità di pagamento nel rispetto delle vigenti disposizioni in capo alla Società stessa.

**ART. 5** La Società si impegna ad inviare, entro il giorno 5 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni il modulo di cui all'allegato 1 (piano di lavoro di ogni singolo dirigente vistata dallo stesso) facente parte dell'equipe ed apposita distinta analitica di cui

all'allegato 2 (vistata da funzionario delegato della Società ) contenente i seguenti dati:

- nominativo dirigente dell'equipe – prestazione- n. prestazioni - tariffa da riconoscere

all'ASL - totale complessivo .

**ART. 6** L'ASL VCO, sulla base del riepilogo delle prestazioni eseguite, emetterà mensilmente fattura per il pagamento di quanto dovuto dalla Società per le attività oggetto del presente accordo.

La Società si impegna a pagare dette fatture entro 30 gg. dalla data di ricevimento.

L'ASL VCO, ad avvenuto incasso provvederà a liquidare ai componenti dell'equipe le quote di spettanza ai sensi dell'art. 9 del vigente regolamento dell'attività libero professionale avente per oggetto "Attività libero professionale richiesta a pagamento da terzi" nel primo mese successivo utile.

**ART. 7** L'ASL VCO garantisce la sola copertura RCT ai dirigenti dell'equipe che svolgono l'attività di cui al presente accordo. La Società ed i dirigenti manlevano l'ASL VCO da tutte le altre responsabilità in particolare per eventuali danni arrecati per cattivo funzionamento di attrezzature e/o vizi di materiali utilizzati, i quali saranno a totale carico della Società stessa.

**ART. 8.** Ai sensi del combinato disposto dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 e art. 1, comma 43, della L. n. 190/2012, La società FORLIFE dichiara di non aver stipulato contratti o attribuito incarichi, successivamente alla data di entrata in vigore della L. n. 190/2012, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro presso l'ASL VCO a ex dipendenti che abbiano esercitato negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali presso la stessa Azienda sanitaria.

**ART 9** La presente convenzione avrà validità dal **01/01/2021 al 31/12/2021** salvo disdetta da presentarsi dalle parti contraenti con un preavviso di almeno 30 gg. a mezzo di PEC e potrà essere rinnovata con atto formale delle parti. I dati personali che le Parti si dovessero scambiare in preparazione o in occasione della stipula del presente accordo contrattuale sono

stati acquisiti dalle Parti presso gli interessati e saranno trattati unicamente per le finalità dell'esecuzione della presente convenzione o finalità connesse con tale esecuzione, ai sensi dell'art. 6, c.1 lett "b" del Reg. UE 2016/679 ("GDPR") nel rispetto delle misure di sicurezza prescritte da tale normativa.

**ART. 10** Il presente accordo contrattuale è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 131/86. Le spese di bollo sull'atto sono a carico della Società.

Letto, confermato e sottoscritto

Novara data \_\_\_\_\_

Omegna data \_\_\_\_\_

**Per FORLIFE SRL**

**Per L'ASL VCO**

**IL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**( Sig.ra Anna Maria MONTORO )**

**( Dr.ssa Chiaria SERPIERI )**

**ALLEGATO 1 ELENCO PAZIENTI E PRESTAZIONI ESEGUITE.**

**STRUTTURA**\_\_\_\_\_ **Dr**\_\_\_\_\_

**GIORNO**\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Prima visita DIETOLOGICA        | €. 102,00 |
| Visita DIETOLOGICA di controllo | €. 60,00  |

**GIORNO**\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Prima visita DIETOLOGICA        | €. 102,00 |
| Visita DIETOLOGICA di controllo | €. 60,00  |

**GIORNO**\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Prima visita DIETOLOGICA        | €. 102,00 |
| Visita DIETOLOGICA di controllo | €. 60,00  |

**GIORNO**\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Prima visita DIETOLOGICA        | €. 102,00 |
| Visita DIETOLOGICA di controllo | €. 60,00  |

**GIORNO**\_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE\_\_\_\_\_

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| Prima visita DIETOLOGICA        | €. 102,00 |
| Visita DIETOLOGICA di controllo | €. 60,00  |

**ALLEGATO 2 – CENTRO MEDICO SAN FRANCESCO DI FORLIFE SRL –  
NOVARA**

**MESE DI \_\_\_\_\_ DR. \_\_\_\_\_**

**accessi: indicare giornate                      dalle ore alle ore**

**data \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

|        |                    | PRESTAZIONE (descrizione)       | N. Prestazioni al mese | Tariffa Richiesta per prestazione | TOTALE |
|--------|--------------------|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Branca | Catalogo Regionale | Descrizione                     |                        |                                   |        |
| 79     | 897.27             | Prima visita DIETOLOGICA        |                        | €. 102,00                         |        |
| 58     | 8901.30            | Visita DIETOLOGICA di controllo |                        | €. 60,00                          |        |

**FIRMA DELEGATO STRUTTURA \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL MEDICO CONSULENTE \_\_\_\_\_**

**data \_\_\_\_\_**

Da trasmettere a [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) indicando nell'oggetto Accordo contrattuale DIETOLOGIA/NUTRIZIONE