

13 FEBBRAIO 2020

**ACCORDO CONTRATTUALE DI COLLABORAZIONE TRA ASL VCO E LA****SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA FORLIFE AVENTE SEDE LEGALE A****NOVARA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN DIETOLOGIA****TRA****L'Azienda Sanitaria Locale V.C.O.** (d'ora in poi denominata ASL VCO), Partita IVA n.

00634880033, con sede legale in Omegna (VB), Via Mazzini 117, legalmente rappresentata

ai fini del presente atto dalla Avv.to Cinzia Meloda, Direttore della SOC Affari Generali,

Legali e Istituzionali, ai sensi dell'art. 4.6 del Regolamento aziendale approvato con

deliberazione del Direttore generale n. 290 del 12/05/2017;

**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 SOC MEDICINA INTERNA

DOMODOSSOLA, 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. 58 del CCNL della Dirigenza medica e veterinaria quadriennio 1998/2001 ( che a

sua volta richiama l'art. 55 comma 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:

Visita dietologica di controllo	€. 60,00
---------------------------------	----------

Prima visita dietologica	€. 102,50
--------------------------	-----------

**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 **01/01/2020 al 31/12/2020** 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. Angelo Penna )**

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

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

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

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

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

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

( ) Visita dietologica di controllo €. 60,00

( ) Prima visita dietologica €. 102,50

**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 MESE	TARIFFA RICHIESTA DALL'ASL AL CENTRO	TOTALE
------------------------------	---------------------------	---	--------

**Visita dietologica di controllo                      €.** 60,00

**Prima visita dietologica                                      €.** 102,50

**TOTALE** \_\_\_\_\_

**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