CARTA INTESTATA

Al Direttore Generale
Azienda S.L. Roma 5
Via Acquaregna, 1/15
00019 TIVOLI (RM)

Oggetto: richiesta stipula convenzione per attività di consulenza specialistica

Si richiede apposita convenzione a norma dell'art. 117 del CCNL Area Sanità – Triennio 2016-2018, per poter usufruire di consulenze di specialisti in _____
affidenti alla UOS/UOC _____ del Dip/P.O./Dist.
_____ individuando, a titolo preferenziale, il/la Dott./Dott.ssa

A tal fine si precisa che:

- *[L'attività della _____ (nome società) _____ non è in contrasto con le finalità ed i compiti istituzionali del SSN]
- La durata della convenzione sarà di un anno a decorrere dalla data di stipula della stessa, e sarà rinnovabile solo in forma espressa
- La natura della prestazione è la consulenza
- L'orario è mediamente di ore _____ la settimana (mese), di norma nelle fasce pomeridiane, al di fuori dell'orario di servizio presso codesta ASL
- L'entità del compenso è di € _____ (prestazione/ora) lorde
- Le motivazioni ed i fini della consulenza sono: _____

Data _____

Firma del legale rappresentante

*** N.B. LA STRUTTURA RICHIEDENTE, SE PRIVATA, NON DEVE ESSERE ACCREDITATA, NEANCHE PARZIALMENTE, CON IL SSN. Allegare autocertificazione sull'assenza di accreditamento anche parziale nonché sul possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente in relazione all'esercizio della propria attività.**
L'Azienda si riserva discrezionalmente di individuare il personale Medico/Sanitario avente i requisiti necessari allo svolgimento della consulenza seguendo il dettame dell'art. 117 e tenendo conto delle eventuali preferenze espresse dalla struttura richiedente.