



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-156

Fax: 0187/406137

mail : sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it

pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it

Allegato A alla delibera Giunta n. 28 del 27/11/2019

Repertorio n. _____ del _____

CONVENZIONE PER ATTUAZIONE PROGETTI INSERIMENTO LAVORATIVO DISABILI (TAL, ILSA, BORSE LAVORO)

Il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____

TRA

- **La Società della Salute della Lunigiana**, di seguito denominata **SdS** c.f. 90009630451, con sede in Aulla, Largo Giromini n. 2 rappresentata dalla Dott.ssa Rosanna Vallelonga, nata a Zurigo (CH) il 25.11.1957 - C.F. VLLRNN57S65Z133F, domiciliata per la carica ove sopra, la quale interviene in qualità di Direttore SdS e legale rappresentante della stessa;

E

- Il Sig.\Dr. _____ nata a _____ - residente _____ - **C.F.** _____ la quale interviene ed agisce non in proprio ma in nome e per conto di _____ con sede in _____ - _____ - **P.I.** _____ in qualità di _____, congiuntamente individuate come "le parti",

PREMESSO CHE:

- **La SdS** nell'ambito di programmi di recupero previsti dalla **L.R.T. n. 41/05 e s.m.i.**, a sostegno ed integrazione di persone con disagio sociale, intende avviare interventi utili per il reinserimento sociale ed una maggiore autonomia e possibilità di recupero delle suddette persone;
- Ogni inserimento viene effettuato previa definizione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato elaborato dai Servizi Socio-Assistenziali e Socio-Sanitari;



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-156

Fax: 0187/406137

mail : sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it

pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it

- Al fine di facilitare il percorso di integrazione sociale, ai sensi della legge regionale sopra citata, è necessario attivare una convenzione con enti pubblici o privati per l'inserimento lavorativo socio terapeutico di cittadini con ridotte capacità psicofisiche, non in grado di sostenere una normale attività lavorativa;

- il Comune di \la ditta _____, si è resa disponibile a aderire al programma di recupero e reinserimento, **secondo quanto sotto specificato.**

Tutto ciò premesso, tra le parti, si conviene e si stipula quanto segue:

ART. 1 – Le premesse e gli allegati al presente atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

ART. 2 – Il Comune\Ditta _____ s'impegna a far svolgere l'attività di _____ presso la propria sede, in epigrafe individuata, alla sig.ra/al sig. _____ residente in _____.

ART. 3 – I dati personali saranno trattati dalla Società della Salute, quale Titolare del trattamento, nel rispetto del **Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e del D.L.vo 196/2003 e s.m.i. in materia di protezione dei dati.**

Nell'ambito dei progetti oggetto della presente convenzione, il Comune\Ditta _____ verrà individuato quale Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg.UE 2016/679 e si impegna a sottoscrivere specifico atto di nomina.

ART. 4 - La Ditta\Comune _____ si impegna a far svolgere l'attività di cui sopra con le modalità che saranno concordate tra le parti secondo le rispettive esigenze e dettagliate nel Protocollo d'intesa, elaborato dalla SdS sulla base delle intese raggiunte e successivamente inoltrato a la Ditta/Comune _____.

La Ditta/Comune _____ si impegna a mettere a disposizione del soggetto i mezzi, gli strumenti e il proprio personale che affiancherà e seguirà l'interessato nel percorso di inserimento nel mondo lavorativo.



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-156

Fax: 0187/406137

mail : sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it

pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it

ART. 5 – La **SdS** si impegna, tramite il proprio personale specializzato delle UU.OO. **SERVIZIO SOCIALE/PSICOLOGIA (o altro Servizio di riferimento)** a monitorare e/o modificare il progetto terapeutico riabilitativo individuale per garantire una maggiore efficacia del percorso di inserimento attraverso incontri periodici con il personale della Ditta\Comune presso il quale il soggetto è inserito.

ART. 6 – La **SdS** provvede al momento dell'inserimento del soggetto a tutelare lo stesso con la copertura assicurativa contro i rischi **derivanti da infortuni sul lavoro, mediante l'assicurazione obbligatoria presso l'INAIL ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.**

Per eventuali danni provocati a terzi, salvo casi di dolo e colpa grave, è prevista idonea copertura ai sensi della normativa vigente.

ART. 7 – In caso d'infortunio occorso al soggetto durante il programma d'inserimento, la sig.ra/il sig. _____ si impegna entro 24 ore a comunicarlo ai Servizi **SdS** ed a produrre la relativa certificazione. La mancata, tardiva, inesatta oppure incompleta comunicazione comporterà al soggetto l'onere della sanzione amministrativa prevista dall'INAIL competente (D.P.R. n. 1124/1965, art. 53 e L.561/1993, art. 2, comma 1, lett. b).

ART. 8 – Ove previsto, la **SdS** provvede ad erogare al soggetto un contributo mensile onnicomprensivo.

ART. 9 – La presente convenzione ha validità dal _____ al _____, salvo eventuali interruzioni/sospensioni e/o inadempimenti delle parti o del soggetto interessato relativi all'esecuzione del progetto.

ART. 10 – Il soggetto interessato, che sottoscrive la presente per presa visione e adesione, dichiara espressamente di essere consapevole che il progetto oggetto della presente convenzione non comporta alcun impegno di costituzione di un rapporto di lavoro da parte della Ditta/Comune.



Società della Salute della Lunigiana

P. Iva 01230070458 - C.F. 90009630451

Largo Giromini, 2

54011 Aulla (MS)

Tel 0187/406142-156

Fax: 0187/406137

mail : sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it

pec : segreteria@pec.sdslunigiana.it

ART. 11 – Le parti si riservano la facoltà di recedere dall'impegno assunto con il presente atto, dandone preavviso di almeno 15 giorni, restando fermo, in caso di mancato rispetto della convenzione, il diritto di risolvere la stessa.

ART. 12 – In caso di controversie derivanti dall'esecuzione e/o dall'interpretazione del presente atto, le parti si impegnano ad addivenire ad un accordo bonario. In difetto stabiliscono che il foro competente è quello di Massa e Carrara.

Il Direttore della SdS

(Dr.ssa Rosanna Vallelonga)

Il Rappresentante legale

Ditta\Comune

per presa visione

Il Soggetto Interessato _____