

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI MEDICO COMPETENTE

Spett.le

Azienda USL Toscana Nord Ovest

Ufficio Libera Professione

LORO SEDI

Azienda USL Toscana nord ovest



Il Sig. Riccardo Varese nato a _____ il _____ in veste di legale rappresentante della Società della Salute della Lunigiana, di seguito anche SdS Lunigiana, codice fiscale C.F. 90009630451 e partita IVA n. 01230070458 avente sede in Aulla, Largo Giromini n. 2, PEC segreteria@pec.sdslunigiana.it indirizzo email sdslunigiana@uslnordovest.toscana.it, segreteria tel. 0187 406142-156

CHIEDE

L'individuazione di un vostro dirigente medico in qualità di medico Competente per il Consorzio sopra menzionato per gli accertamenti sanitari preventivi e periodici previsti dal D.Lgs.81/08, indicando a tale scopo e senza che ciò comporti alcun obbligo da parte dell'Azienda in ordine alla scelta, la Dott.ssa Giulia Monopoli

A tal fine

DICHIARA

**U.O.C. Politiche
Economiche e
Libera Professione
Dr.Nicola Ciampi**

1. Che sono da sottoporre a visita n. 5 dipendenti;
2. Di aver preso visione ed accettare le seguenti tariffe (esenti IVA ai sensi del comma 10 art. 6 legge 13 maggio 1999 n. 133) richieste dal professionista:

- € 80,00 visita medica ai sensi art.41 D.Lgs.81/08
-
- €125,00 (costo orario) sopralluogo negli ambienti di lavoro attività di informazione/formazione,consulenze incontri riunioni, relazioni, collaborazione VDR

Azienda UsI
Toscana Nord Ovest
sede legale
Via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

1. Che le visite si svolgeranno presso i locali della Medicina Preventiva P.O. Versilia, che sono adeguati e conformi all'attuale normativa antinfortunistica
2. Di fornire al medico competente:
l'elenco dei dipendenti e qualsiasi variazione dell'organico, definitiva o temporanea
 - a) eventuali comunicazioni relative ai cambiamenti di mansione dei singoli dipendenti;
 - b) informazioni circa i processi e rischi connessi all'attività produttiva;
 - c) tutte le informazioni previste dal D.Lgs. 81/2008

La Società della Salute della Lunigiana:

SI IMPEGNA

1. A trasmettere, anche tramite il professionista, l'attestazione periodica dell'attività svolta dal medico Competente all'Azienda USL Toscana Nord Ovest, Ufficio Libera Professione di Livorno. L'attestazione dovrà contenere:
 - a) Descrizione delle prestazioni eseguite
 - b) Data ed orario in cui sono state effettuate
 - c) Firma del legale rappresentante della SdS Lunigiana e del medico Competente che ha svolto l'attività
2. A corrispondere all'Azienda USL Toscana Nord Ovest le somme spettanti per le prestazioni svolte dal medico Autorizzato entro 30 gg. dal ricevimento della fattura
3. Alla tenuta, conservazione ed archiviazione dei dati nel pieno rispetto della normativa sulla riservatezza, anche tramite il professionista

**U.O.C. Politiche
Economiche e
Libera Professione
Dr.Nicola Ciampi**

Timbro della SdS Lunigiana

Firma del legale rappresentante

_____ li _____

Il/La sottoscritto/a Sig. Riccardo Varese consapevole della responsabilità per dichiarazioni false e mendaci dichiara la veridicità delle dichiarazioni rese.

Firma

Azienda UsI
Toscana Nord Ovest
sede legale
Via Cocchi, 7
56121 - Pisa
P.IVA: 02198590503

Spazio riservato all'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Nord Ovest

Il Direttore della U.O. di Medicina Preventiva Aziendale Dr. Francesco Mariotti _____ e il dirigente medico Dr.ssa Giulia Monopoli in servizio presso la suddetta struttura ed individuato dall'Azienda UsI Toscana Nord Ovest in qualità di medico Competente per il Consorzio Società della Salute con sede in Aulla, Largo Giromini n. 2;

DICHIARANO

1. Che l'attività svolta per il Consorzio sopra indicato:
 - verrà effettuata fuori orario di servizio con le modalità previste per la libera professione intramoenia;
 - non comprometterà il buon andamento dell'attività istituzionale;
2. Che l'impegno è stimabile in complessive:
 - N. 5 visite annue
 - N. visite biennali
 - N. 1 ore annue per le altre attività
1. Di essere a conoscenza che l'Azienda USL Toscana Nord Ovest non assicura la copertura antinfortunistica per le attività svolte in regime di libera professione.

_____, _____
 Firma Direttore U.O.. MPA

Per accettazione
 Firma Dirigente

.....
 Le dichiarazioni rese sono sufficienti alla formazione e al perfezionamento dell'accordo tra il *Consorzio Società della Salute* e l'Azienda USL Toscana Nord Ovest avente ad oggetto le prestazioni di medico competente individuato da questa Azienda nella persona della Dott.ssa Giulia Monopoli

**U.O.C. Politiche
 Economiche e
 Libera Professione
 Dr.Nicola Ciampi**

Tale accordo ha validità trimestrale dal _____ al _____, salvo disdetta di una delle parti da comunicare all'altra mediante raccomandata A/R o PEC con almeno 30 giorni di preavviso. Eventuali aggiornamenti potranno essere concordati fra le parti con scambio di note sottoscritte dai legali rappresentanti o loro delegati.

Azienda USL Toscana Nord Ovest

_____, _____
