

**Conferimento di incarico professionale presso il poliambulatorio denominato “*HUMANCARE
TELEMEDICINE S.R.L.*”, nella forma di collaborazione professionale autonoma**

Tra

Il sottoscritto Musmeci Camillo, nato a Catania (prov. CT), il 12/08/1994, residente in Acireale (CT) via Giovanni Verga 56 C. F. MSMCLL94M12C351E in qualità di Legale Rappresentante di (società) presso la società denominata “*HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L.*”, con sede legale Acireale (CT) via Giovanni Verga 56 e sede operativa in Acireale (CT), Via Salvatore Vigo 97/H con C.F./P.I 06101620877 Email: amministrazione@remedic.it PEC: humancaretelemedicine@pec.it telefono: 0950904525 cell: 3925905360

E

Io sottoscritto/a Dott. nato/a a il
..... con C.F. e residente in via
....., laureato in Medicina e Chirurgia presso l'università di
..... in data di essere iscritto all'ordine dei medici di
..... dal al n e di aver
conseguito la specializzazione in a in data
.....

Premesso

- che del poliambulatorio concorre all'attività assistenziale della Regione Sicilia nei confronti degli utenti del SSN;
- che la Società intende acquisire la collaborazione del Dott., con rapporto di lavoro autonomo e libero professionale;
- che il Dott. è disposto a prestare la propria collaborazione e consulenza alla Società, con rapporto di lavoro autonomo;
- che è comune intenzione delle parti di escludere qualsivoglia vincolo di subordinazione e gerarchica del Dott. nei confronti della Società;
- che il Dott. si obbliga a consegnare al poliambulatorio i seguenti documenti:

1. documento di riconoscimento in corso di validità;
2. copia della polizza assicurativa professionale;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione (in originale ed allegati alla presente) resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/00, attestante i titoli di studio;
4. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (in originale ed allegati alla presente), resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00 del personale medico, di incompatibilità (se ospedaliero copia del contratto di Extramoenia o di non esclusività);

5. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (in originale ed allegati alla presente), resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00 ove si dichiara l'impegno orario in tutte le strutture ove ha dato la disponibilità;
6. Attestati o estratto AGENAS dei crediti ECM del triennio in corso.

tutto ciò premesso le parti stipulano e convengono quanto segue

Art. 1 – Richiamo

Le dichiarazioni in premessa costituiscono parte integrante del presente contratto.

Art. 2 –Oggetto

Lo specialista s'impegna a prestare la propria attività professionale di specialista in a rapporto libero professionale, presso il poliambulatorio denominato “**HUMANCARE TELEMEDICINE S.R.L.**”

Art. 3 – Modalità delle prestazioni

Lo specialista si obbliga a svolgere il suddetto servizio con impegno orario settimanale di (.....) ore.

Lo specialista osserverà i medesimi periodi feriali che la Società stabilirà in concomitanza ai periodi di chiusura del poliambulatorio.

I giorni e le fasce orarie nelle quali lo specialista sarà presente presso il poliambulatorio sarà concordata pariteticamente con la Direzione Sanitaria e dal legale rappresentante.

Lo specialista svolgerà i propri compiti secondo le direttive di carattere generale indicate dal Codice condotta del Centro in regime di autonomia, senza vincolo di subordinazione e senza essere soggetto ad alcun potere direttivo e disciplinare, salvo il necessario coordinamento generale e programmatico con la struttura, al fine di assicurare il miglior servizio compiutamente le sue prestazioni professionali. In particolare, il Dott.

- potrà avvalersi della collaborazione del personale medico, paramedico e di segreteria del poliambulatorio, nei confronti dei quali non eserciterà alcun potere gerarchico e/o disciplinare;
- potrà avvalersi della strumentazione degli elettromedicali in dotazione del poliambulatorio, con la massima accuratezza e diligenza e senza alcuna pretesa di utilizzarla per fini propri.
- durante lo svolgimento delle specifiche prestazioni sanitarie dovrà trattare con la massima riservatezza tutte le informazioni sugli utenti, sull'attività del poliambulatorio e sulla Società;
- nel corso dello svolgimento del suo incarico dovrà improntare il proprio comportamento ai principi del Codice Deontologico e dell'Etica Medica.

Art. 4 – Compenso

Per lo svolgimento dell'attività in oggetto del presente incarico, la Società riconoscerà il Dott. un compenso secondo tariffario professionale di riferimento

relativo al loro albo di appartenenza del totale delle prestazioni effettuate. Il pagamento avverrà mensilmente, dietro presentazione di fattura.

Art. 5 – Durata

L'incarico decorrerà a partire dal/...../..... e terminerà il/...../..... Il rapporto che verrà instaurato, se non risolto anticipatamente, si intenderà tacitamente rinnovato di anno in anno.

Art. 6 – Risoluzione anticipata

Esso potrà essere risolto da entrambe le parti in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno 1 (uno) mese, restando inteso che chi porrà fine allo stesso dovrà cercare di limitare il danno all'altra parte. Qualora la parte, in qualsiasi momento si rendesse colpevole di gravi e dolose negligenze nei suoi doveri, il presente contratto si risolverà ex art. 1456 Codice Civile. Per la parte non espressamente derogata dal presente contratto, il recesso è disciplinato dagli artt. 2227 e/o 2237 del Codice Civile.

Art 7 – Qualificazione

Il Dott. dichiara sotto la propria responsabilità di non versare in alcuna delle situazioni di incompatibilità ostative alla stipula del presente contratto, in relazione alle vigenti leggi.

Art. 8 – Modifiche

Le parti convengono altresì che nessuna modifica del presente contratto sarà valida ed efficace se non venga pattuita e provata per iscritto; il presente contratto annulla e sostituisce ogni eventuale accordo in essere tra le parti. Esso sarà ammesso alla registrazione solo in caso d'uso con le relative spese a carico del collaboratore.

Catania, lì 07/03/2025

Dott.

.....

Legale Rappresentante

.....