



Sede legale: Via Miglietta, 5 - 73100 Lecce
Sede Operativa: Piazza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce
Tel.: 0832 661681
Email: segreteria-service@libero.it
PEC: sanitaservice.aslleunipersonale@legalmail.it
Partita IVA: 04305080758
Codice Univoco: BA6ET11
Società soggiacente a regime di *split payment*

Lecce, 18 ottobre 2021

Oggetto: Incarico professionale a un medico specialista in medicina fisica e riabilitazione, dott.ssa Manuela Sciuscio

Egregia dott.ssa Sciuscio,

facendo seguito a quanto concordato con il Medico Competente SanitaService e a quanto per le vie brevi con Lei già discusso, con la presente Le conferisco, anche valutando positivamente il *curriculum vitae* che si allega in copia, l'incarico professionale di consulenza medica fisiatrica da rendere in favore di "Sanitaservice ASL LE s.r.l. Unipersonale".

Sulla base di quanto già riferito Le, la nostra Società opera in regime *in house* in favore di ASL Lecce che della scrivente è l'unico socio e anche l'unico committente oltre che titolare di un penetrante potere di controllo analogo; il tutto, ovviamente, risultante dallo Statuto e dall'atto costitutivo e peraltro comune a tutte le altre "SanitaService" presenti nella Regione Puglia, costituite per lo svolgimento e l'erogazione di servizi strumentali di supporto alle varie ASL provinciali.

Pur tenuto conto della specificità della nostra Società, alla luce del quadro normativo-operativo appena sopra riassunto, la Società Sanitaservice Lecce ha la necessità di far eseguire, qualora necessarie come valutato dal Medico Competente SanitaService, visite fisiatriche.

Tenendo conto anche del Protocollo sanitario redatto dal Medico Competente e per garantire uniformità e continuità assistenziale nel giudizio di idoneità finale, sempre a carico comunque del Medico Competente SanitaService, la Signoria Vostra effettuerà, qualora lo ritenga necessario e previo accordo con il Medico Competente, che resta sempre il protagonista dell'*iter* sanitario del dipendente aziendale, gli approfondimenti diagnostici fisiatrici necessari.

L'incarico decorrerà dalla sottoscrizione della presente, avrà durata di dodici mesi a decorrere dalla stessa, non prevede il tacito rinnovo o proroga, pur essendo rimesso alla facoltà dell'Amministratore Unico di procedere in tal senso o, con separato atto, al *recesso ad nutum*.

Per la Sua collaborazione in nostro favore Le sarà riconosciuto un compenso pari a Euro 60,00 (sessanta/00) cadauno per visita fisiatrica complessiva, inclusi eventuali approfondimenti diagnostici basilari che siano di pronta esecuzione da parte della Signoria Vostra.

Detto compenso sarà corrisposto dietro presentazione di apposita fattura mensile intestata a SanitaService ASL Le S.r.l. Unipersonale, da saldare entro cinque giorni lavorativi successivi al suo ricevimento, se dovuto, mediante bonifico sul conto bancario di cui provvederà a fornirci le relative coordinate. Nelle fatture sarà Sua cura indicare le generalità del dipendente, suddividendo tale elencazione sulla base della visita fisiatrica dalla Signoria Vostra effettuata. Una volta in possesso delle precitate fatture, gli uffici SanitaService provvederanno a effettuare i riscontri tra quanto indicato dal Medico Competente SanitaService, quanto a nostra conoscenza e quanto comunicato dalla Signoria Vostra. In caso di regolarità, si darà corso al pagamento di quanto dovuto nei termini che precedono.

Oltre alla consueta indispensabile riservatezza sulle questioni che dovessero esserLe sottoposte nel corso del Suo incarico professionale ovvero di cui Lei dovesse comunque venire a conoscenza nel corso di esecuzione dello stesso, Le è richiesto, in sede di accettazione del presente incarico, di obbligarsi al rispetto di quanto previsto dal nostro Codice Etico e dal nostro modello Organizzativo, redatto ex D.Lgs. n. 231/2001, comprese le clausole vessatorie ivi contenute.

Si allega *curriculum vitae* e carta d'identità.

L'Amministratore Unico SanitaService

Prof. Luigi SERGIO

Per accettazione: Dott.ssa Manuela Sciuscio (Cod. Fisc. _____), nata a Gallipoli il _____, residente a _____ (_____, iscritta all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di Lecce (Ordine della Provincia di Lecce), n. 7132.

Data e firma

15/11/2024



Dichiaro di obbligarmi al rispetto di quanto previsto dal Codice Etico e dal Modello Organizzativo, redatto ex D.Lgs. n. 231/2001 e di accettare espressamente le clausole vessatorie ivi contenute.

Data e firma

15/11/2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Emanuele Fausi". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.