

**MODULO DI ADESIONE ALLE CONDIZIONI GENERALI DI  
CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI  
PROFESSIONALI DI FISICO SANITARIO**

Il/La Sottoscritto/ta \_\_\_\_\_, Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Pr (\_\_\_) Cod. Fisc \_\_\_\_\_  
nella Sua qualità di Titolare / Legale Rappresentante pro-tempore della  
\_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_) Cap (\_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, dichiara di essere munito/ta dei poteri necessari al compimento del presente atto.

**PREMESSO**

- che la \_\_\_\_\_ deve ottemperare agli adempimenti in materia di Fisica Sanitaria previsti dalla normativa speciale vigente (D.M. 02/08/1991 e s.m.i, D.Lgs. 230/1995 e s.m.i e D.Lgs. 81/2008) e che non dispone altresì, nella propria dotazione organica, di figure professionali in possesso dei requisiti richiesti dalla legge per lo svolgimento dei compiti di Fisico Sanitario; ciò premesso,

**CHIEDE**

- di concludere con l'Azienda UsI Toscana Sud Est un accordo per l'erogazione di prestazioni professionali di Fisico Sanitario secondo i termini e le condizioni indicate nel presente Modulo di Adesione e nelle Condizioni Generali di contratto approvate dall'Azienda USL Toscana Sud Est con deliberazione del D.G. numero \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ pubblicate e consultabili sul sito internet aziendale all'indirizzo [www.uslsudest.toscana.it](http://www.uslsudest.toscana.it). A tal fine,

**DICHIARA**

- Di aver preso visione delle suddette Condizioni Generali disponibili sul sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est e di averne accettato, sottoscrivendo il presente Modulo di Adesione, integralmente il contenuto;
- Di voler nominare il Dr. \_\_\_\_\_, per lo svolgimento delle seguenti attività inerenti la Fisica Sanitaria, che verranno rese in regime di attività libero professionale intramoenia (barrare l'opzione che interessa):
  - a) Esperto Responsabile per la sorveglianza fisica e per il programma di garanzia di qualità sugli impianti e apparecchiature e di risonanza magnetica ex D.M. 02/08/1991 e s.m.i ;
  - b) Esperto Qualificato per la radioprotezione dei lavoratori e delle persone del pubblico ex D.Lgs. 230/1995 e s.m.i;
  - c) Esperto in Fisica Medica per il programma di garanzia di qualità delle apparecchiature radiologiche e dosimetria dei pazienti ex D.Lgs. 187/2000;

d) Addetto alla Sicurezza laser di cui alla norma CEI 76-6 per la sorveglianza fisica e i controlli di qualità ;

- Di aver preso visione delle tariffe praticate dal Dr. \_\_\_\_\_ per l'attività libero professionale, che sotto vengono ad essere indicate nel dettaglio, e di averne accettato, sottoscrivendo il presente Modulo di Adesione, integralmente il contenuto;

In considerazione di quanto sopra,

#### INDICA

- Che le prestazioni professionali del Fisico Sanitario saranno svolte presso i locali della \_\_\_\_\_ siti in \_\_\_\_\_ Pr. (\_\_\_\_) Cap (\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- Che le tariffe, al netto dell'Iva, saranno le seguenti :

\_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ euro \_\_\_\_\_

- Che le fatture relative all'attività del Fisico Sanitario dovranno essere intestate a \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_

#### SPAZIO RISERVATO AL PROFESSIONISTA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dirigente fisico sanitario dipendente a rapporto di lavoro esclusivo dell'Azienda Usl Toscana Sud Est in possesso dei requisiti formativi e professionali previsti per legge, con la sottoscrizione del presente modulo

#### DICHIARA

- di accettare l'incarico di Fisico Sanitario richiesto da parte della Ditta/Società sopra indicata che andrà a svolgere fuori dall'orario di servizio con le modalità previste per la Libera Professione senza compromettere il buon andamento dell'attività istituzionale.
- che la strumentazione che andrà ad utilizzare per l'attività da svolgere è di proprietà (barrare l'opzione che interessa):
- a) Personale;
- b) Ditta/Società richiedente;
- c) Azienda Usl Toscana Sud Est;

Luogo\_\_\_\_\_ Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**

L'Azienda Usl Toscana Sud Est, acquisito l'assenso del medico, come da dichiarazione che precede da valere quale atto autonomo e distinto, acconsente a far svolgere al proprio Dirigente Dr. \_\_\_\_\_ l'attività di Fisico Sanitario per le attività e con le modalità stabilite nel presente modulo e nelle condizioni generali di contratto in regime di attività Libero Professionale intramurale applicando le tariffe sopra riportate.

Con la sottoscrizione da parte dell'Azienda USL Toscana Sud Est l'accordo si considera concluso, e avrà validità quadriennale per come meglio indicato e specificato agli artt. 2) e 7) delle condizioni generali di contratto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente modulo di adesione si rimanda alle disposizioni contenute nelle condizioni generali e alle norme speciali vigenti in materia.

Luogo\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Per L'Azienda USL Toscana Sud-Est  
il Direttore U.O.C Libera Professione

\_\_\_\_\_