

Progetto Sanitario So.San. a favore dei “Nuovi poveri e degli indigenti in Italia”

Dichiarazione di Prestazione d’opera dei Medici, a titolo libero professionale gratuita, nei Centri/Reti So.San.

3.2016

Il dott. nato a

il .. /.. /... .. residente in

via/p.za

e.mail: cell:

Socio So.San

Socio Lions

Medico esterno collaboratore

Lions Club Distretto

(solo soci Lions)

(solo soci Lions)

Attraverso il presente atto dichiara/autocertifica:

- di essere medico chirurgo, specialista in
- di condividere le finalità del “**Progetto Sanitario** So.San. a favore dei “**Nuovi poveri e degli indigenti in Italia**”, di accettare e rispettare scrupolosamente le modalità operative dello stesso, risultanti dalle Linee guida So.San. allegata e condivisa in toto;
- di assumere in proprio tutti i rischi professionali correlati alla erogazione, nell’ambito del Progetto, delle proprie prestazioni, in maniera identica a quanto accade nei confronti di qualsiasi altro suo paziente;
- di non pretendere, in nessun caso e per qualsiasi ragione, dalla So.San. e dai suoi amministratori e rappresentanti, sia come corrispettivi e quant’altro per l’opera professionale che viene offerta, e sarà resa, in assoluta gratuità e totale liberalità, in piena competenza, autonomia e responsabilità;

- di essere consapevole che il rapporto con la So.San. si esaurisce con il termine di ogni singola prestazione, che dovrà concludersi con un referto scritto, diagnostico e terapeutico, e con l'emissione di una Ricevuta sanitaria a costo zero, con specifica delle prestazioni erogate (vv. documento "Linee Guida");
- di conoscere le tutele assicurative che la So.San. garantisce ai medici propri soci e ai Lions e non Lions.
- di sapere che la disponibilità oggi offerta potrà essere ritirata in qualsiasi momento, con preavviso scritto di 30 gg (onde permettere di effettuare le dovute comunicazioni al Comune interessato e ad ogni altro Ente o Associazione).
- la presente dichiarazione sostituisce ogni altra dichiarazioni eventualmente rilasciata in precedenza ad oggetto analogo, e non potrà essere modificata.
- di essere disponibile ad erogare in assoluta gratuità e con le modalità operative di cui si è detto, nell'ambito del progetto So.San. prestazioni professionali di:

.....
(visita specialistica o altra prestazione, es ecografie, es. sieroematici, ecc)

Con il numero mensile e negli Studi e Centri di seguito indicati:

olo le parti di interesse. Più riquadri relative allo studio per chi desidera aderire in più studi, in comuni diversi

- N° ... nel proprio studio nel Comune di
 indirizzo:
 Tel o mail per prendere appuntamenti:
- N° ... nel proprio studio nel Comune di
 indirizzo:
 Tel o mail per prendere appuntamenti:
- N° ... nel Centro So.San. del Comune di
 indirizzo:
 Tel o mail per prendere appuntamenti:
- N° ... presso l'Ospedale di
 indirizzo:
 Tel o mail per prendere appuntamenti:
- N° ... presso altro:
 indirizzo:
 Tel o mail per prendere appuntamenti:

li

Il Medico