

THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF LIONS CLUBS  
MULTIDISTRETTO 108 ITALY



**So.San.**  
**SOLIDARIETA' SANITARIA Lions - ONLUS**  
**- SERVICE NAZIONALE PERMANENTE -**

**Progetto Sanitario So.San  
a favore dei Nuovi Poveri e degli indigenti in Italia**

4.2016

**Dichiarazione di Convenzione con Associazioni e altre Strutture per  
l'erogazione di Prestazione d'opera dei Medici, a titolo libero  
professionale gratuito, nei Centri o attraverso le Reti di Studi SOSAN.**

La struttura denominata .....

legalmente rappresentata da .....

nato a ..... il .. /.. /.... residente in .....,

via/p.za .....

e.mail: ..... cell: .....

di seguito semplicemente "Struttura"

*Attraverso il presente atto dichiara:*

- di condividere le finalità, di accettare e adeguarsi alle modalità organizzative del "Progetto Sanitario a favore di chi ha più bisogno in Italia" e di operare all'interno dei confini delineati dalle linee guida SO.SAN. allegate.
- che i propri medici assumeranno in proprio tutti i rischi professionali correlati alla erogazione di tali prestazioni, in maniera identica a quanto fatto nei confronti di qualsiasi altro loro paziente

- di nulla pretendere, la Struttura ed i propri medici, in nessun caso da SO.SAN. o suoi rappresentanti avverso la opera professionale dei propri medici; opera professionale che viene offerta in assoluta gratuità e totale liberalità, in piena competenza, autonomia e responsabilità. Né avverso qualsiasi altra problematicità/vertenza anche non professionale relativa alla presenza del paziente presso i locali ove vengono erogate le prestazioni sanitarie
- di possedere in proprio, la struttura o i propri medici, di una personale polizza assicurativa di RC professionale di applicare nei propri Studi le normative sulla privacy, come da D.L. 196/03.
- di essere consapevole che la disponibilità dalla Struttura di seguito offerta, potrà da questa essere modificata/ritirata in qualsiasi momento, con preavviso scritto di almeno 30 gg (onde permettere di effettuare le dovute comunicazioni al Comune interessato).
- la presente dichiarazione risolve e sostituisce qualunque altro precedente accordo con contenuto analogo e per quanto non disciplinato espressamente sarà regolato dalle norme del codice civile relative al contratto d'opera professionale.
- di voler fornire le prestazioni di N° ..... medici, di seguito specificati:

1. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .... /mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

2. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .... /mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

3. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° ..../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

4. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° ..../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

5. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° ..../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

6. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° ..../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

7. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

8. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

9. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

10. Dott. ....  
nato a ..... il .. ./.. . /... ..  
residente in .....  
via/p.za .....  
e.mail: ..... cell: .....  
medico chirurgo, specialista in .....  
erogherà per So.San. N° .../mese prestazioni .....  
(indicare se prestazione differente dalla semplice visita specialistica)

Le prestazioni di cui sopra saranno erogate nei locali della Struttura descritta in prima pagina, sita nel Comune di ..... indirizzo: .....  
per appuntamenti Tel: ..... mail .....  
li .....

Il Presidente So.San.

La Struttura