

Indirizzo presso il quale effettuare i controlli:

Via _____ n° _____

Località _____ tel. _____ / _____

Decorrenza dei controlli: mese _____ Anno _____

Fatturazione: entro il mese in cui viene svolto il servizio.

Modalità di pagamento: 30 gg d.f.f.m. a mezzo: RID Bonifico bancario RIBA

Banca d'appoggio _____

Agenzia _____ cod. ABI _____ C.A.B. _____

La PROM.O. BOLOGNA si riserva il diritto di variare il costo del servizio in presenza di comprovati aumenti dei costi di gestione, rispetto a quelli sostenuti al momento della sottoscrizione del contratto ovvero al rinnovo, previa comunicazione scritta trenta giorni prima al Contraente, il quale entro tale periodo avrà la facoltà di recedere dal contratto.

Il presente contratto non comprende eventuali ulteriori accertamenti si rendessero necessari in seguito alla visita e/o agli esami di laboratorio.

Il Contraente si impegna, per tutto quanto gli è possibile, ad agevolare lo svolgimento delle visite nei tempi previsti dalla legge e dalla normativa.

Nel caso queste non potessero essere effettuate per mancanza di disponibilità da parte del Contraente, **PROM.O. BOLOGNA** e di conseguenza il **Medico Competente** saranno completamente **sollevati da qualsiasi responsabilità** derivante dalla mancata visita.

La scadenza dei controlli sarà calcolata in base alla data indicata nel presente contratto. Il contraente dovrà tempestivamente comunicare per iscritto qualsiasi variazione alla PROM.O. BOLOGNA, la quale declina ogni responsabilità da qualsivoglia problema derivante dalla mancata informazione di quanto sopra.

Applicazione tariffa: la tariffa applicata al momento della firma del presente contratto è quella corrispondente alla posizione attuale del contraente (Socio PROM.O., Socio ANDI o non Socio). Se, nel corso del contratto, tale posizione dovesse essere modificata, automaticamente la tariffa verrà adeguata alla nuova posizione a partire dall'emissione della prima fattura successiva alla data della variazione.

Inadempimento contrattuale: In caso di inadempimento da parte del contraente degli obblighi derivanti dal presente contratto, PROM.O. BOLOGNA avrà facoltà di sospendere il servizio, a fronte di semplice comunicazione scritta al contraente.

Applicazione interessi moratori: in relazione al presente contratto, come di norma nella cooperativa, gli interessi moratori per ritardato pagamento verranno applicati solo con richiesta scritta.

Foro competente: Per ogni controversia relativa alla validità, esecuzione o risoluzione del presente contratto viene pattuita la competenza esclusiva del Foro di Bologna

Ai sensi della Legge 675/96 sulla Tutela della Privacy, il contraente autorizza la trasmissione dei propri dati al Medico Competente, al fine di poter ottenere il servizio oggetto del presente contratto.

Bologna,

Controfirmato per ricevuta
Per PROM.O. BOLOGNA

Firma del contraente per accettazione

NON COMPILARE - Riservato all'Amministrazione PROM.O. BOLOGNA

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 1341 c.c. si approvano espressamente le seguenti clausole:

Facoltà di sospensione del servizio in caso di inadempimento del contraente; Foro esclusivo.

Firma del contraente per accettazione

PROCEDURA PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

DOPO LA STIPULA DEL CONTRATTO: COSA FARE?

1. **Per prima cosa**, **contattare la Dr.ssa Barbara Marti** per prenotare la visita medica e concordare il sopralluogo che il Medico del Lavoro dovrà fare nello Studio Odontoiatrico, sec. DLgs 81/08 sulla sicurezza negli ambienti lavorativi.
Le visite mediche verranno effettuate presso il seguente ambulatorio, dove nella stessa giornata sarà possibile eseguire anche le analisi del sangue di cui al punto 3:
 - **CENTRO DIAGNOSTICO CAVOUR SRL** - Sezione Medicina del Lavoro - Via del Lavoro, 40 – Bologna
Tel. 051.4383818 - Fax. 051.243294
2. Gli esami del sangue **non** vanno eseguiti presso il CUP, ma tramite un laboratorio analisi a vostra scelta che possa fare la fattura allo studio dentistico e non al singolo dipendente.
3. **Per l'esecuzione degli esami del sangue** è stata anche stipulata una **convenzione** con un gruppo di laboratori a tariffe privilegiate per i clienti PROM.O che hanno stipulato il contratto SALUTE AL LAVORO:
€ 70.90 per il profilo dei non vaccinati epatite B
€ 34.55 per il profilo dei vaccinati epatite B
€ 10,55 profilo HIV

I laboratori aderenti sono i seguenti:

- Centro Diagnostico Cavour – Via Del Lavoro 40 Bologna - 051/4383810 oppure Via Dagnini 20 Bologna – 051/6235253
N. B. PRESSO QUESTO CENTRO È POSSIBILE, PREVIA DISPONIBILITÀ, EFFETTUARE GLI ESAMI DEL SANGUE E LA VISITA MEDICA NELLA STESSA GIORNATA.

Altri laboratori convenzionati sono:

- Poliambulatorio Privato Parco Dei Cedri - Via Cracovia N.21 Bologna - 051/467226
- Centro Di Terapia Ionoforetica - Via Lemonia N.47/C Bologna - 051/3140488
- Centro Azzarita - Via Nino Nannetti 1/A - Bologna - 051/6494765
- Laboratorio La Salute - Via XXV aprile 2 Anzola dell'Emilia – 051/733437

- Poliambulatorio CTR - Via Sebastiano Serlio 6/d Bologna - 051/355513
- Centro San Petronio - Via dello Sport 14 Calderara di Reno – 051/723891
- Centro Medico San Michele - Via Caduti di Sabbiuono 1/a San Lazzaro di Savena - 051/6272669

4. Una volta fissato l'appuntamento per la visita medica, prenotare gli esami del sangue in una data comunque non antecedente più di due/tre settimane rispetto alla visita.

Gli esami da effettuare sono i seguenti (vanno richiesti al laboratorio su carta intestata dello studio):

<p>Per i lavoratori <u>NON</u> VACCINATI EPATITE B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Emocromo con formula e piastrine ◆ Glicemia ◆ Gamma GT + GOT + GPT ◆ Markers HBV e HCV <p>per markers HBV si intende : HB s Ag Ab anti HBs HBe Ag Ab anti HBe HBc-Ab-IgG (anti "core")</p> <p>per markers HCV si intende : Ab antivirus epatite C</p>	<p>PER I LAVORATORI VACCINATI EPATITE B (è necessaria documentazione scritta della vaccinazione)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Emocromo con formula e piastrine ◆ Glicemia ◆ Gamma GT + GOT + GPT ◆ Markers HCV (Ab antivirus epatite C) + HbsAb (Titolazione immunità post vaccinale) <p>ATTENZIONE: SE LA DOCUMENTAZIONE DELLA VACCINAZIONE EPATITE B NON È PRESENTE, RICHIEDERE ANCHE I MARKERS HBV (COME DA ELENCO NELLA COLONNA ACCANTO)</p>
<p>A tutti i lavoratori si consiglia di aggiungere anche il test per la ricerca HIV previo CONSENSO INFORMATO del lavoratore</p>	

Si ribadisce che gli esami sono del dipendente, e che il datore di lavoro non deve prenderne visione senza il suo consenso. Vanno mostrati soltanto al medico del lavoro.

ATTENZIONE: i videoterminalisti non necessitano di esami del sangue

5. In sede di sopralluogo vi verrà richiesto di fornire la seguente documentazione:
- A) **DVR** (documento di valutazione dei rischi sec. DLgs 81/08) – Disponibile sul sito www.andi.it, all'interno dell'area riservata, nella sezione sindacale) e relativi allegati cartacei disponibili in segreteria su richiesta.
 - B) Attestati corsi dei dipendenti (16 ore di **formazione generale e specifica – art. 37**)
 - C) attestato corso **RSPP** (Responsabile servizio di prevenzione-protezione) o nomina RSPP esterno
 - D) attestato corso **RLS** (Rappresentante dei Lavoratori) – corso di 32 ore
 - E) attestato corso **antincendio**
 - F) Nominativo Esperto Qualificato per la **radioprotezione**
 - G) Verifica **infortuni** sul lavoro (vi verrà chiesto se si sono verificati infortuni lavorativi)
6. Conservare in studio il certificato di idoneità rilasciato al dipendente a conclusione della visita medica, la busta chiusa sigillata dal Medico del lavoro a conclusione delle visite mediche, il verbale di sopralluogo ecc. ecc. (gli esami di lab. vengono chiusi nelle cartelle sanitarie, coperte da segreto professionale). In caso di licenziamento il dipendente deve ricevere copia della cartella sanitaria (occorre avvisare la dr.ssa Ferretti che si occuperà di predisporre la copia), mentre l'originale deve restare in studio.
7. Comunicare SEMPRE via mail alla segreteria Prom.o e alla Dr.ssa Marti ogni variazione del numero dei dipendenti (nuove assunzioni, licenziamenti, infortuni, maternità)

QUESTA PROCEDURA DEVE ESSERE RIPETUTA OGNI TRE ANNI

Recapiti Dr.ssa Barbara Marti: **051/4383810** oppure e-mail: **barbara.marti@centrocavour.it**