

**Ref.: Dott. A. Valenti**  
**Via C. Rosselli 3**  
**89122 Reggio Calabria**  
TEL. 0965347875  
FAX 0965347871  
email: [alpirc@asp.rc.it](mailto:alpirc@asp.rc.it)  
posta certificata: [alpi.asprc@certificatamail.it](mailto:alpi.asprc@certificatamail.it)

**Contratto  
ALPI -ASP Reggio Calabria**

Vista l'autorizzazione concessa dal Direttore Generale/Direttore Sanitario

**Si stipula contratto per attività libero professionale tra ASP di Reggio Calabria ed il**

Dott: \_\_\_\_\_ n. matr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_ posta certificata \_\_\_\_\_

**Premesso**

Il Professionista Dirigente\_Dott. \_\_\_\_\_ ha liberamente aderito all'ALPI, di

essere a conoscenza del Regolamento aziendale e ne accetta le direttive e le disposizioni contenute.

1. Il Professionista eserciterà la propria attività libero nella specialità di

\_\_\_\_\_

2. L'attività in caso di mancata disponibilità di spazi aziendali sarà svolta

presso \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

*I giorni e gli orari e le tariffe saranno comunicate con l'AGENDA*

Il professionista accetta che non appena l'Azienda sarà in grado di fornire idonei locali ed idonea strumentazione, lo stesso eserciterà la propria attività esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, ogni eventuale cambiamento (tariffe, orari, sede attività) sarà comunicata all'Ufficio ALPI.

*In attesa dell'attivazione del POS*

Avvenuta la riscossione degli onorari invierà il 50% entro il mese successivo, trasmettendo copia delle fatture e le ricevute dei bonifici effettuati, indicando il numero totale delle fatture effettuate ed il periodo di riferimento (es.: mese di .....fatture da n. \_\_\_\_ a n. \_\_\_\_)  
l'incasso lordo, IVA, ritenuta d'acconto.

I riferimenti per l'effettuazione del bonifico sono:

**Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria**  
**codice Iban IT66Z010051630000000218050**  
**Servizio Tesoreria c/0 BNL Agenzia di Reggio Calabria**  
**C.so Garibaldi n. 431 89127 RC**

Il professionista dichiara di non essere nelle posizioni di incompatibilità riportate nella normativa nazionale, regionale e nel regolamento ALPI aziendale.  
Eventuali inadempienze potrebbero determinare la sospensione dell'autorizzazione ed atti consequenziali.

Il Referente/Responsabile ALPI  
Dott. \_\_\_\_\_

Il Dirigente Dott. \_\_\_\_\_

Reggio Cal. \_\_\_\_\_