



<p style="text-align: center;">AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO</p>	  <p style="text-align: center;">A.D. MDLXII</p>	<p style="text-align: center;">AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI</p>

CONVENZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI E L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI CROMOSOMICI DA PARTE DEL CENTRO DI GENETICA CLINICA.

TRA

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, con sede legale in Sassari, Via M. Coppino, 26, C.F. e P.I.V.A. 02268260904, rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Alessandro Carlo Cattani, nato a Sassari (SS) il 26/07/1959, CTLSN59L26I4520, domiciliato per la carica presso la medesima;

e

l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con sede legale in Nuoro, Via Demurtas, 1, C.F. e P. I. V.A. 00977680917, rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Antonio Maria Soru, nato a Nuoro (NU) il 30/03/1953 domiciliato per la carica presso la medesima;

PREMESSO

- che l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, al fine di garantire l'esecuzione degli esami cromosomici a favore del P. O. “San Francesco” da parte del Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, ha stipulato con l'Azienda apposita Convenzione per l'annualità 2012;
- che l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con nota prot. PG/2013/1991, ha manifestato la volontà di continuare ad avvalersi, per l'effettuazione di dette prestazioni, per l'annualità 2013, della collaborazione del Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari;
- che l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha manifestato la volontà di proseguire il rapporto convenzionale per l'annualità 2013.

TUTTO CIO' PREMESSO

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Oggetto

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari si impegna, tramite il proprio Centro di Genetica Clinica, a garantire all'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro i seguenti esami:

- analisi cromosomiche su sangue periferico;
- analisi cromosomica su midollo osseo;
- analisi cromosomica su coltura cellulare a medio termine;
- analisi rischi genetici;
- diagnosi prenatale;
- connesse consulenze di genetica medica;
- eventuali altre prestazioni rese dal Centro di Genetica Clinica.

ART. 2 – Modalità

L'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro invierà al Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari i campioni di tessuto da analizzare accompagnati da richiesta scritta ovvero informatizzata (previ specifici accordi a tal fine tra le due Aziende) su carta intestata come da modello allegato (Allegato 1).

Il Centro di Genetica Clinica dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Sassari invierà all'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, con cadenza trimestrale, un elenco analitico degli esami effettuati accompagnato dalla relativa notula e provvederà altresì a restituire, con compatibile tempestività, gli esami effettuati direttamente al Primario della Divisione che ne farà richiesta.

ART. 3 – Compensi

Per l'esecuzione delle prestazioni di cui all'art. 1, l'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro corrisponderà all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari le tariffe indicate nel Nomenclatore Tariffario Regionale, maggiorate del 15%.

ART. 4 – Fatturazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, previa verifica da parte della Direzione Sanitaria dei rendiconti mensili forniti dalla Struttura interessata, emetterà fattura trimestrale per le prestazioni erogate, alla quale verrà allegata copia degli stessi rendiconti. Il contenuto dei rendiconti sarà oggetto di accordo fra le rispettive Direzioni Sanitarie.

La ASL di Nuoro procederà al pagamento degli importi entro 30 giorni dalla data della fattura.

ART. 5 – Durata

La presente Convenzione ha validità per l'annualità 2013.

La Convenzione potrà essere espressamente rinnovata previo accordo delle parti.

ART. 6 – Recesso

Le parti hanno facoltà di recedere in qualsiasi momento dalla presente Convenzione con preavviso di tre mesi notificato con raccomandata A/R. Nel caso di recesso da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari ha diritto a conseguire il corrispettivo delle prestazioni rese sino alla data di efficacia della dichiarazione di recesso, restando escluso il diritto ad ogni ulteriore compenso a qualsiasi titolo.

ART. 7 – Trattamento dati

Con il presente atto, l'AOU ed il Centro di Genetica Clinica sono autorizzati, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, al trattamento dei dati personali trasmessi dall'Azienda Sanitaria Locale di Nuoro per le attività istituzionali, ai soli fini dell'espletamento degli incarichi di cui alla presente convenzione e nei limiti delle esigenze derivanti dagli stessi.

ART. 8 – Foro competente

Per eventuali controversie giudiziarie, il Foro competente è, in via esclusiva, quello di Sassari.

ART. 9 – Disposizioni Finali

La presente convenzione, redatta su tre pagine in duplice originale, verrà registrata solo in caso d'uso a cura della parte interessata. Le eventuali modifiche dettate da diversi presupposti normativi ovvero da mutate condizioni operative degli enti devono essere proposte ed approvate con atto scritto dalle parti.

Letto, approvato e sottoscritto in _____ in data _____

AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI SASSARI

**Il Direttore Generale
(Dott. Alessandro Carlo Cattani)**

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NUORO

**Il Direttore Generale
(Dott. Antonio Maria Soru)**



AOUSassari

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI

PRE-RICOVERO

DIMISSIONE PROTETTA

DEGENTI

Data richiesta: ____/____/____

Reparto richiedente:_____

SI INVIA RICHIESTA DI:

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

PER IL/LA PAZIENTE, SIG./RA:

Cognome:_____ **Nome:**_____

Nato/a il ____/____/____ **a:**_____

Residente a:_____ **in**

Via_____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

Medico referente in reparto, dott:_____

MOTIVO DELLA RICHIESTA: _____

DIAGNOSI DI BASE: _____

TERAPIA PRATICATA:

Firma e timbro del medico

richiedente:_____

Data erogazione: ____/____/____ **Reparto erogante:** _____

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

Prestazione (descrizione)_____

Codice:_____

Firma e timbro del medico erogante:_____