Convenzione tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna e Ente/Associazione/Cooperativa …….. per l'attuazione dell'Intervento Sociale Riabilitativo Attivo (ISRA) in favore del/della Sig./ra……, utente del Dipartimento di Salute Mentale – Dipendenze Patologiche

TRA

Il Responsabile UOC/UOSD……..

con Sede in Via …… a …….....

E

il Sig…….. rappresentante dell'Ente/Associazione/Cooperativa/Azienda

con Sede in Via …… a ……

Si conviene e si stipula quanto segue:

1) Il Sig. ……effettuerà l'Intervento Sociale Riabilitativo Attivo (ISRA), nel periodo dal……..al……., in ragione di n…… giorni settimanali, in fascia oraria massima preventivata di n. …… ore giornaliere, per un monte ore settimanale di ……..…ore.

2) L'utente sarà coinvolto nel seguente settore di attività, con i seguenti compiti:

……

3**)** L'utente sarà assicurato, con oneri a carico dell'Azienda U.S.L. di Bologna presso l'I.N.A.I.L. di Bologna – posizione n. 8811623/2920 e con copertura assicurativa RCT; Sarà cura dell'Ente Coop Azienda ospitante informare immediatamente i referenti della UO della AUSL dell'infortunio avvenuto.

4) La remunerazione/ricompensa prevista per l'utente dal DSM – DP AUSL di Bologna, attraverso un gettone di presenza giornaliero, è di …….. € al giorno, secondo la fascia oraria preventivata di n……. massimo. Vengono computate e pagate le ore e quindi le quote giornaliere corrispondenti, effettivamente svolte e comunque non superiori alla fascia oraria massima preventivata. Le giornate di assenza, per qualsiasi motivo, non verranno pagate.

6) Durante lo svolgimento dell'ISRA per tutte le attività di progettazione e verifica, l'utente avrà come referente interno all'Ente / Associazione/ Cooperativa ospitante il sig. …….....e come operatore/i referente/i del DSM-DP il/i sig. ……

Il soggetto ospitante	**Il Responsabile UOC/UOSD DSM-DP**
……	……..
(timbro e firma)	(timbro e firma)

Data ……

UO ……..

L'utente per assenso e presa d'atto …….. (firma)