

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

\_\_\_\_\_ numero

\_\_\_\_\_ data

**Oggetto:** Presa d'atto della sottoscrizione tra l'Azienda e l'Associazione Volontari Italiani Sangue – AVIS Comunale di Roma - della nuova Convenzione per la collaborazione nel campo della donazione del sangue, sulla base dello schema di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n. 61 del 14 aprile 2016 - anni 2017-2019. Adozione atti conseguenti

Esercizio 2017 Conto \_\_\_\_\_

Centro di Costo 32010600 \_\_\_\_\_

Sottoconto n° \_\_\_\_\_

Budget:

- Assegnato € \_\_\_\_\_

- Utilizzato € \_\_\_\_\_

- Presente Atto € \_\_\_\_\_

- Residuo € \_\_\_\_\_

ovvero schema allegato ☒Scostamento Budget NO ☐ SI ☐Il Direttore della UOC Economico Finanziaria e  
Patrimoniale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

U.O.S.D. PROPONENTE  
AFFARI GENERALI

\_\_\_\_\_ Estensore Simona Bartolucci

Il Responsabile del procedimento:

Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Dirigente della U.O.S.D. proponente:

Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Proposta n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO**

Data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO F.F.  
Dott. Angelo Camaioni**PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Data \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Cristiano Camponi

La presente deliberazione si compone di n. \_\_\_\_\_ pagine di cui n. \_\_\_\_\_ pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.



<p>Esercizio 2017 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue)</p> <p>Budget:</p> <p>- Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente atto € 81.356,10</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale</p> <p>Data</p>	<p>Esercizio 2018 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue)</p> <p>Budget:</p> <p>- Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente Atto € 81.356,10</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale</p> <p>Data</p>
<p>Esercizio 2019 Conto</p> <p>Centro di Costo 32010600</p> <p>Sottoconto n. 501010205 (sangue)</p> <p>Budget:</p> <p>- Assegnato</p> <p>- Utilizzato</p> <p>- Presente Atto € 81.356,10</p> <p>- Residuo</p> <p>Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/></p> <p>Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>Il Direttore U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale</p> <p>Data</p>	

## Il Dirigente della U.O.S.D. Affari Generali

in qualità di Responsabile del Procedimento ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

PREMESSO che dall'anno 2001 è stato instaurato con l'Associazione Volontari Italiani Sangue – AVIS Comunale di Roma (di seguito AVIS) un rapporto convenzionale per la collaborazione nel campo della donazione del sangue, giusta Deliberazione n. 1110/DG del 16.07.2001, protrattosi negli anni successivi e da ultimo, con Deliberazione n. 172/DG del 07.03.2016, per il triennio 2016/2018;

che, con nota prot. n. 21372 del 17.01.2017 (ns. prot. n. 1437/2017 del 17.01.2017), la Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio - Area Programmazione della rete ospedaliera e risk management ha trasmesso il DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 61/CSR del 14 aprile 2016 che ha approvato il nuovo schema di Convenzione tra le Aziende/Enti e le Associazioni /Federazioni di donatori volontari di sangue della Regione Lazio e lo schema di Convenzione in formato word da compilare dalle singole Aziende per ogni Associazione / Federazione di donatori volontari di sangue con cui sono convenzionate, anche con i dati forniti dal Centro Regionale Sangue, rinviando a successiva nota la convocazione dei Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende e i Rappresentanti legali delle Associazioni/Federazioni per la sottoscrizione delle convenzioni presso la suddetta Direzione e precisando, altresì, che *“tutte le convenzioni, anche quelle con validità triennale, sono scadute il 31.12.2016 e prorogate fino alla nuova convenzione che deve essere obbligatoriamente sottoscritta alla presenza del Direttore della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio o suo delegato. In caso contrario, le Convenzioni non saranno ritenute valide e conformi alle norme nazionali e regionali.”*;

che, con nota prot. n. 73104 del 13.02.2017 (ns. prot. n. 4621/2017 del 13.02.2017), la Direzione Regionale ha fissato al 28 febbraio 2017 la convocazione di questa Azienda per la sottoscrizione delle nuove convenzioni tra l'Azienda stessa e le Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue con cui risultano instaurati rapporti convenzionali, tra cui l'AVIS;

che, in data 28.02.2017, sono state sottoscritte le nuove Convenzioni dal Direttore Generale dell'Azienda e dai Presidenti delle Associazioni di donatori di sangue già convenzionate con l'Azienda, rispettivamente AVIS e Carla Sandri;

che, con nota prot. n. 143912 del 20.03.2017 (ns. prot. n. 8394/2017 del 21.03.2017), la Direzione Regionale ha trasmesso i verbali relativi alle sottoscrizioni delle nuove convenzioni tra l'Azienda e le Associazioni/Federazioni e la nota “Aspetti attuativi nuove convenzioni tra le Aziende/Enti e le Associazioni /Federazioni di donatori volontari di sangue – DCA N. U00388/2016” contenente l'impegno a risolvere le criticità attuative, di seguito esplicitate, emerse nel contro degli incontri di sottoscrizione presso la sede della Regione Lazio;

che, con nota prot. n. 10890 del 13.04.2017, l'Azienda, con lettera interlocutoria, ha chiesto alla Regione Lazio di poter conoscere, nelle more della redazione e sottoscrizione dell'Addendum alle convenzioni stipulate, le indicazioni in ordine alle criticità anzidette, ed in particolare:

a) Trasporto degli emocomponenti raccolti;

b) Modalità operative relative al trattamento, alla conservazione temporanea ed allo smaltimento del materiale a rischio biologico;

che, con nota prot. n. 243941 del 15.05.2017 (ns. prot. n. 13799/2017 del 15.05.2017), la Direzione Regionale ha inviato lo schema di *Addendum*, da sottoscrivere e allegare alle Convenzioni già stipulate, sulle modalità operative di trattamento del materiale a rischio biologico e del trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, con la precisazione che *“nelle more dell'espletamento della gara regionale per il trasporto sangue ed emocomponenti è facoltà dell'Azienda /Ente e delle Associazioni /Federazioni, determinare modalità differenti di rimborso della quota dovuta al trasporto”* prevedendo con particolare riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti quanto segue: *“Il trasporto del sangue e degli emocomponenti, raccolti dalle UdR gestite dall'Associazione, verso i Servizi Trasfusionali di riferimento o Strutture Trasfusionali dagli stessi indicate, rientra nelle attività previste a carico dell'Associazione sulla base della Convenzione stipulata e i relativi costi sono compresi nelle quote di rimborso, definite dall'Accordo Stato/Regioni, Rep. Atti n. 61/CSR del 14 aprile 2016. L'Associazione, non potendo garantire le modalità di trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti nel rispetto della tracciabilità, sicurezza e qualità previsti dalla normativa vigente, concorda con l'Azienda e con il Servizio Trasfusionale di riferimento tempi e modalità del trasporto stesso effettuato dall'Azienda, a fronte del rimborso economico del servizio prestato. Tale rimborso, sulla base dei provvedimenti amministrativi già espletati per la fornitura di servizi di trasporto delle unità di sangue da sedi di raccolta esterna verso il Servizio Trasfusionale, si definisce nel costo unitario di € 30 per singolo percorso di viaggio. La contabilizzazione di tale onere a carico dell'Associazione viene gestita, a compensazione, nell'ambito della corresponsione delle quote dei rimborsi conseguenti alle attività svolte sulla base della Convenzione stipulata”*;

VISTA

la nota prot. n. 407/17/MI/sf del 17.05.2017, con la quale l'AVIS ha rappresentato che *“...omissis in considerazione delle recenti indicazioni che intendono porre un contributo spese pari a € 30 per ogni trasporto, a carico delle Associazioni coinvolte nell'importante lavoro di raccolta del sangue....la presente per rappresentare rispettosamente la nostra difficoltà a sostenere ulteriori oneri così come fatto presente collegialmente nella riunione del 27 febbraio in Regione Lazio...omissis”*;

PRESO ATTO

che il Dirigente proponente, con nota prot. n. 14586/2017 del 22.05.2017, ha formulato richiesta al Direttore della U.O.C. di Medicina Trasfusionale, Dr.ssa Rita Marinelli, nelle more della redazione e sottoscrizione dell'*Addendum* alle convenzioni stipulate, di quantificare i volumi ed i costi previsti per l'anno 2017 e per il triennio 2017-2019 ed il rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, già eseguito dalle Associazioni, e la previsione per l'anno e per il triennio 2017-2019, al fine di indicare nei provvedimenti aziendali in corso di predisposizione la stima degli oneri a carico dell'Azienda da imputare sul Bilancio Aziendale;

che, con nota prot. n. 14636 del 23.05.2017, nel riscontrare la suddetta nota, il Direttore della U.O.C. di Medicina Trasfusionale, Dr.ssa Rita Marinelli, ha rappresentato, tra l'altro, che *“la UOC Medicina Trasfusionale conosce la pianificazione mensile delle raccolte associative il mese antecedente dette raccolte, pertanto quanto richiesto nella nota citata va concordato e programmato tra la UOSD Affari Generali e le Associazioni/Federazioni interessate, in grado di fornire in via presuntiva le potenzialità delle proprie attività di raccolta per il triennio 2017-2019”*;



che, il Direttore Sanitario f.f., con nota prot. n. 14711 del 23.05.2017, visto il riscontro, ha disposto di procedere *“ad effettuare una stima degli oneri a carico dell’Azienda da imputare sul Bilancio Aziendale attraverso una proiezione dei costi sulla base delle fatture emesse nel primo trimestre dalle Associazioni, invitando la Dr.ssa Rita Marinelli a fornire, comunque, il rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti, già eseguito dalle Associazioni, e la previsione per l’anno e per il triennio 2017-2019”*;

che la Direzione Regionale, con nota prot. n. U0369574 del 18.07.2047 (ns. prot. n. 20754 del 18.07.2017), di integrazione della nota prot. n. 243941 del 15.05.2017, ha rappresentato che *“...al fine di incrementare la raccolta di sangue specialmente nei periodi estivi, nelle more della conclusione della gara regionale per il trasporto, le Aziende sono pregate di non considerare nel rimborso associativo la quota dovuta per il trasporto del sangue.”*;

VISTE

le fatture inoltrate dell’AVIS agli atti relative al I e II trimestre 2017;

la nota prot. n. 23683 del 28.08.2017, con la quale il Dirigente proponente nel trasmettere la nota regionale sopracitata e le note di debito agli atti ha chiesto al Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri di acquisire l’autorizzazione alla liquidazione delle fatture emesse e una stima degli oneri a carico dell’Azienda da imputare sul Bilancio Aziendale al fine di predisporre il provvedimento di presa d’atto della convenzione sottoscritta;

la nota prot. n. 24077/2017 del 01.09.2017, con cui il Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri ha autorizzato la liquidazione delle spettanze all’AVIS ed ha comunicato in merito alla stima degli oneri che *“si può ipotizzare un volume di attività annua pari a quella svolta nell’anno 2017 aumentata di una percentuale pari al 5%”* ;

RITENUTO

di poter prendere atto della sottoscrizione della nuova Convenzione avvenuta in data 28.02.2017 tra l’Azienda e l’AVIS, con validità di tre anni e decorrenza dal 01.01.2017, sulla base dello schema di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell’Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, che allegata al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di revocare la Deliberazione n. 172/DG del 07.03.2016 avente ad oggetto *“Stipula di una convenzione con l’A.V.I.S. per la collaborazione nel campo della donazione del sangue relativamente al triennio 2016-2018. Adozione atti conseguenti.”*;

di rinviare l’approvazione dell’Addendum alla Convenzione alle ulteriori disposizioni regionali conseguenti alla conclusione della gara regionale per il trasporto, in ottemperanza alle indicazioni impartire dalla Regione Lazio con riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti di cui alla nota prot. n. U0369574 del 18.07.2047;

di procedere, pertanto, a liquidare all’Associazione le spettanze secondo le indicazioni contenute nella nota sopracitata;

di individuare quale responsabile della corretta esecuzione della convenzione stessa, il Direttore della U.O.C. di Medicina Trasfusionale, Dr.ssa Rita Marinelli, il quale assumerà la piena responsabilità in ordine alla spesa nonché alla liquidazione e all’acquisizione del rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti mentre la definizione dei fabbisogni è

effettuata d'intesa con il Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri;

di prevedere, relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019, come da indicazioni, di cui alla nota agli atti, del Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, che l'onere presunto a carico dell'Azienda per la corresponsione all'Associazione delle quote di rimborso, tenuto conto del tariffario allegato alla nuova Convenzione, trovi riferimento come segue:

–quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2017;

–quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2018;

–quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2019.

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. I della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. I della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

**ATTESTATO** in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

## **PROPONE**

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di prendere atto della sottoscrizione della nuova Convenzione avvenuta in data 28.02.2017 tra l'Azienda e l'Associazione Volontari Italiani Sangue – AVIS Comunale di Roma (di seguito AVIS) con validità di tre anni e decorrenza dal 01.01.2017, sulla base dello schema di cui al DCA n. U00388 del 7 dicembre 2016, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 100 del 15.12.2016, in recepimento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, che allegata al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di revocare la Deliberazione n. 172/DG del 07.03.2016 avente ad oggetto “Stipula di una convenzione con l'A.V.I.S. per la collaborazione nel campo della donazione del sangue relativamente al triennio 2016-2018. Adozione atti conseguenti.”;
- di rinviare l'approvazione dell'Addendum alla Convenzione alle ulteriori disposizioni regionali conseguenti alla conclusione della gara regionale per il trasporto, in ottemperanza alle indicazioni impartite dalla Regione Lazio con riguardo al Trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti di cui alla nota prot. n. U0369574 del 18.07.2047 (ns. prot. n. 20754 del 18.07.2017), di integrazione della nota prot. n. 243941 del 15.05.2017;
- di procedere, pertanto, a liquidare all'AVIS le spettanze secondo le indicazioni contenute nella nota sopracitata;
- di individuare quale responsabile della corretta esecuzione della convenzione stessa, il Direttore della U.O.C. di Medicina Trasfusionale, Dr.ssa Rita Marinelli, il quale assumerà la piena responsabilità in ordine alla spesa nonché alla liquidazione e all'acquisizione del rendiconto concernente il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti mentre la definizione dei

fabbisogni è effettuata d'intesa con il Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri;

- di prevedere, relativamente agli anni 2017, 2018 e 2019, come da indicazioni, di cui alla nota agli atti, della Direttore f.f. della U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, che l'onere presunto a carico dell'Azienda per la corresponsione all'Associazione delle quote di rimborso, tenuto conto del tariffario allegato alla nuova Convenzione, trovi riferimento come segue:
  - quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2017;
  - quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2018;
  - quanto ad € 81.356,10 sul conto n. 501010205 del bilancio 2019.

**Il Dirigente della U.O.S.D.  
Dr.ssa Maria Rita CORSETTI**

### **DIRETTORE GENERALE**

- VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- IN VIRTU'** dei poteri conferitegli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00031 del 30 gennaio 2014 e prorogati con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00019 del 30.01.2017;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;
- PRESO ATTO** altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;
- VISTO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario f.f.;

ritenuto di dover procedere

### **DELIBERA**

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposto.

La U.O.S.D. Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

**IL DIRETTORE GENERALE  
Dr.ssa Ilde Coiro**

## CONVENZIONE

*ai sensi dell'Accordo Stato Regioni in applicazione dell'articolo 6, comma 1, lettera b) Legge 219/2005.*

TRA

**L'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata** (di seguito Azienda) CF. e P.I. 04735061006 con sede in Roma, Via dell'Amba Aradam n. 9, a cui afferisce il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Direttore Generale, Dr.ssa Ilde Coiro, nato a Sant'Arsenio (SA) il 16.09.1954, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Azienda

E

**L'Associazione Volontari Italiani Sangue - AVIS Comunale di Roma** (di seguito Associazione) iscritta nel Registro Regionale del Volontariato, sezione Sanità, sottosezione Sangue con DGR n. 512 del 10.12.2001 C.F. 02430640587 con sede in Roma, Via Imperia n. 2, nella persona del legale rappresentate pro tempore, il Presidente, Sig. Adolfo Camilli, nato a Roma il 02.10.1942, domiciliato per la carica presso la sede legale dell'Associazione

VISTA la legge 21 ottobre 2005, n. 219, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" e successive modificazioni e integrazioni, ed in particolare l'articolo 6, comma 1, lettera b e l'articolo 7, comma 2;

VISTA la legge 7 agosto 1990, n. 241 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la legge 11 agosto 1991, n. 266 recante "Legge quadro sul volontariato", ed in particolare gli articoli 8 e 11;

VISTO il decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, recante: "Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali", in particolare l'articolo 4, comma 2;

VISTO il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali";

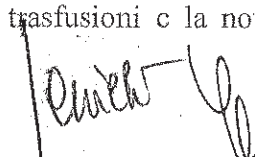
VISTO il decreto del Ministro della Salute 2 novembre 2015 recante "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" pubblicato nel S.O n. 69 alla Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 2015, n 300;

VISTO il decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 recante "Norme in materia ambientale";

VISTO il decreto del Ministro della Salute 18 aprile 2007, recante: "Indicazioni sulla finalità statutarie delle Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 Giugno 2007, n.140;

VISTO il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante: "Attuazione della direttiva 2005/61/CE, che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti



indesiderati ed incidenti gravi";

VISTO il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante: "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";

VISTO il decreto del Ministro della Salute 21 dicembre 2007, recante: "Istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 Gennaio 2008, n.13;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni recante i principi generali ed i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le Regioni e le Province Autonome e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue. Repertorio Atti n.115/CSR del 20 marzo 2008;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.612 del 7 agosto 2009 che ha approvato lo schema unico di Convenzione tra Aziende/Enti e Associazioni/Federazioni dei donatori volontari di sangue della Regione Lazio, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n.219 e dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.115 del 20.03.2008;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta n.U0082 del 16.12.2009 con il quale è stato approvato il Piano di riorganizzazione del Sistema Trasfusionale regionale;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0092 del 23.11.2010 che ha confermato il Centro Regionale Sangue (CRS) come struttura regionale per il governo della Rete regionale del Sistema Trasfusionale;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.242 del 16.12.2010 concernente i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.242 del 16.12.2010 concernente i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.206/CSR del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali";

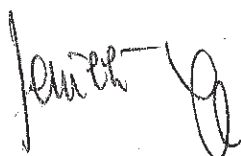
VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni, Repertorio Atti n.206/CSR del 13 ottobre 2011 sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali";

VISTO l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00207 del 20.06.2014 concernente: "Recepimento Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n.149 del 25 luglio 2012. Piano di riordino dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 2 novembre 2015 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.69 del 28.12.2015 concernente: "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 3 febbraio 2016 n.U00024 con il quale è stata approvata la riorganizzazione del Centro Regionale Sangue (CRS);



VISTO l'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.168/CSR del 20.10.2015 concernente: "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra Aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasma derivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le Aziende sanitarie all'interno della Regione e tra Regioni" in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n.219;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta 28 aprile 2016, n.U00136 che ha recepito l'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.168/CSR del 20.10.2015 concernente: "Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra Aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasma derivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le Aziende sanitarie all'interno della Regione e tra Regioni" in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n.219;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00145 del 9 maggio 2016 con il quale è stato individuato il Servizio Trasfusionale dell'Azienda Policlinico Umberto I quale sede di back up per l'attività di qualificazione biologica;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00325 del 26.10.2016 che recepito l'Intesa della Conferenza Stato/Regioni n.121/CSR del 7 luglio 2016 sul Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi emergenze e il Piano strategico della rete trasfusionale regionale nelle emergenze e maxi emergenze;

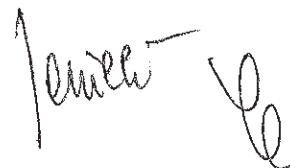
VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n.U00326 del 26.10.2016 concernente: "Acquisizione del nuovo sistema informatico di supporto alla rete trasfusionale della Regione Lazio;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni concernente: "Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato/Regioni 20 marzo 2008 (Rep. Atti 115/CSR) relativo alla stipula di convenzioni tra Regioni, Province Autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue". Repertorio Atti n.61/CSR del 14 aprile 2016.

## SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

### ARTICOLO 1 (Obiettivi)

1. Oggetto della convenzione sono le attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, declinate nei rispettivi allegati alla presente convenzione, di seguito riportate:
  - a) attività di gestione associativa - disciplinare A (Alleg. n. 1);
  - b) attività di gestione di Unità di Raccolta - disciplinare B (Alleg. n. 2);
2. La Convenzione, in attuazione a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni 13 ottobre 2011, con il coordinamento del Centro Regionale Sangue (CRS), definisce e assicura la partecipazione delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue:
  - a) all'attuazione dell'articolo 7, comma 2, della legge 219/2005;
  - b) alla programmazione regionale e locale delle attività trasfusionali e al relativo monitoraggio, attraverso gli organismi collegiali previsti;
  - c) al Comitato per il buon uso del sangue;
  - d) all'applicazione dell'Accordo Stato Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e al relativo monitoraggio dello stato di attuazione.
3. Alla Convenzione accedono le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue i cui statuti corrispondono alle finalità previste dal Decreto del Ministro della Salute 18 aprile 2007, in attuazione dell'articolo 7, comma 3 della legge n.219 del 2005, regolarmente iscritte al Registro Regionale delle Associazioni del Volontariato, sezione Sanità, sottosezione Donazione di Sangue, di cui alla legge n. 266 del 1991.





4. La convenzione applica alle attività svolte, di cui ai disciplinari A e B, le quote di rimborso uniformi e omnicomprensive su tutto il territorio nazionale definite nell'allegato 2 dell'Accordo Stato Regioni repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e riportate nell'allegato 3 del presente provvedimento.
5. Della convenzione possono far parte attività aggiuntive, nell'ambito esclusivo della promozione del dono e della tutela del donatore, non ricomprese nei disciplinari tecnici A e B, svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue a supporto del sistema trasfusionale, come definite nel disciplinare tecnico C. Tali attività sono declinate in appositi progetti relativi: al raggiungimento dell'autosufficienza del sangue, emocomponenti e medicinali plasma derivati; all'approfondimento e al monitoraggio della salute dei donatori, quale popolazione epidemiologica privilegiata. Tali progetti possono comprendere anche l'avvio di sperimentazioni gestionali per un migliore raggiungimento dell'autosufficienza. I progetti, con l'approvazione e il coordinamento del CRS in fase di presentazione e di esecuzione, sono concordati tra le Associazioni e Federazioni di donatori e le Regioni e Province Autonome. Il testo del progetto contiene gli obiettivi, le responsabilità, le risorse, le modalità e le tempistiche di realizzazione, gli indicatori e le modalità di monitoraggio, nonché gli aspetti economici correlati, comprensivi della rendicontazione.

## ARTICOLO 2

(Contenuti e durata della convenzione)

1. L'Azienda, con il coinvolgimento del CRS, e le Associazioni e Federazioni di donatori volontari del sangue, con la presente convenzione si impegnano a:
  - a) garantire e documentare che i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta, operanti sul territorio di riferimento e sotto la responsabilità tecnica degli stessi, siano in possesso dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale di cui agli articoli 19 e 20 della Legge 219/2005 (copia degli atti è allegata quale parte integrante della presente convenzione Alleg. nn. 4 e 5)
  - b) adeguare la programmazione delle attività trasfusionali quale elemento di indirizzo della gestione associativa dei donatori nonché della gestione delle Unità di Raccolta, ove di competenza associativa, per gli aspetti quantitativi e qualitativi alle necessità trasfusionali, in base ai criteri definiti in sede di programmazione regionale;
  - c) promuovere la donazione volontaria, associata, periodica, anonima non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti;
  - d) promuovere la sensibilizzazione, l'informazione e la formazione del donatore;
  - e) promuovere l'informazione dei cittadini sulla donazione, sull'appropriato utilizzo terapeutico del sangue e dei suoi prodotti per il miglioramento della salute dei cittadini, sui corretti stili di vita e sui temi a essi correlati;
  - f) promuovere lo sviluppo del volontariato organizzato del sangue e della sua rete associativa;
  - g) dare sostegno al miglioramento della attività di gestione associativa e alla definizione delle modalità di raccordo organizzativo con la rete trasfusionale;
  - h) garantire una gestione informatizzata delle attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, oggetto dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016 e della presente Convenzione, attraverso l'uso del sistema informativo trasfusionale regionale o della struttura trasfusionale di riferimento oppure attraverso l'integrazione con tali sistemi, mediante flussi informativi bidirezionali obbligatori

*[Firma]* *[Firma]*

concordati con il CRS;

- i) promuovere la tutela del donatore, intesa nella sua forma più ampia per valore etico, giuridico e sanitario;
  - j) promuovere il miglioramento continuo dei sistemi di gestione della qualità nelle attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, con particolare riferimento alle attività trasfusionali, nel rispetto della titolarità dei percorsi di autorizzazione e accreditamento;
  - k) inserire e mantenere l'attività sanitaria di raccolta associativa del sangue e dei suoi componenti all'interno dei percorsi di autorizzazione e accreditamento delle attività trasfusionali regionali, ai sensi della normativa vigente;
  - l) garantire l'effettuazione, secondo le modalità previste dalla normativa vigente, della formazione del personale coinvolto nell'attività sanitaria di raccolta associativa del sangue e dei suoi componenti di cui alla presente convenzione;
  - m) incentivare lo sviluppo di programmi di promozione della salute specificatamente dedicati ai donatori di sangue e di valorizzazione del relativo osservatorio epidemiologico;
  - n) garantire il rispetto della tutela dei dati personali dei donatori;
  - o) garantire l'emovigilanza dei donatori;
  - p) definire le modalità di accesso ai documenti sanitari del donatore e ai documenti amministrativi;
  - q) definire le adeguate modalità di erogazione dei finanziamenti delle attività oggetto della convenzione;
  - r) garantire le necessarie coperture assicurative dei donatori;
  - s) definire: durata, validità, modalità ed organismi di controllo relativi all'applicazione della convenzione stessa;
  - t) definire le modalità di interazione con il Servizio Trasfusionale di riferimento, secondo la normativa vigente.
2. La presente convenzione ha validità di tre anni dalla sottoscrizione, fatto salvo l'aggiornamento dell'Accordo Stato/Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016, secondo le modalità ivi previste.
3. Sei mesi prima della scadenza della suddetta convenzione, le parti ne definiscono il rinnovo con il coinvolgimento del Centro Regionale Sangue (CRS).

### ARTICOLO 3

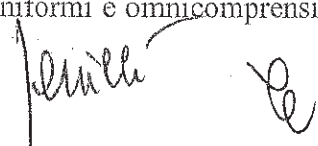
(Materiale di consumo, attrezzature, tecnologie e locali)

- 1. Il materiale di consumo è fornito dal Servizio Trasfusionale di riferimento e comprende: sacche per la raccolta di sangue intero, materiale per la raccolta in aferesi, provette, materiale per la disinfezione e per l'emoglobina pre-donazione.
- 2. L'utilizzo di attrezzature, tecnologie e locali dell'Azienda da parte dell'Associazione o viceversa, a supporto esclusivo delle attività trasfusionali, è regolato da eventuali appositi accordi nel rispetto della normativa regionale vigente.

### ARTICOLO 4

(Rapporti economici)

- 1. Per lo svolgimento delle attività effettuate dalle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue oggetto della presente Convenzione, la Regione garantisce il riconoscimento delle quote di rimborso per l'attività di cui ai disciplinari A e B, uniformi e omnicomprensive su

Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom right of the page. The first signature is a cursive name, possibly 'Pirelli', and the second is a stylized monogram or initials.



tutto il territorio nazionale, indicate nell'allegato 2 dell'Accordo Stato Regioni Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016;

2. Le attività, nonché i relativi rimborsi, di cui al comma 1 del presente articolo sono effettuati sulla base della programmazione regionale concordata nel rispetto delle necessità trasfusionali quantitative e qualitative.
3. Le attività svolte dalle Associazioni e Federazioni di donatori non si considerano prestazioni di servizi ai fini della imposta sul valore aggiunto, ai sensi dell'articolo 8, comma 2, della legge 266 del 1991.
4. I rimborsi alle Associazioni e Federazioni di donatori sono pagati entro i termini stabiliti dal decreto legislativo n. 231 del 9 ottobre 2002.
5. I rimborsi delle attività di cui al comma 1 del presente articolo, svolte dalle Associazioni e Federazioni, sono adeguati secondo le modalità di verifica e di aggiornamento previste dal punto 11 dell'Accordo Repertorio Atti n.61 del 14 aprile 2016;
6. Le Associazioni/Federazioni di donatori di sangue per ottenere i rimborsi relativi alle attività istituzionalmente svolte dalle stesse devono iscriversi all'Accordo Pagamenti costituito dalla Regione Lazio per la liquidazione delle fatture emesse dai fornitori di beni e servizi;
7. Per lo svolgimento delle eventuali attività aggiuntive di cui al comma 5 dell'articolo I della presente Convenzione, come definite nel disciplinare tecnico C, la Regione garantisce le risorse economiche per la realizzazione dei relativi progetti.

#### ARTICOLO 5

(Accesso ai documenti amministrativi)

1. In relazione a quanto disposto dall'art. 11 della legge 11 agosto 1991, n. 266, alle Associazioni e Federazioni è riconosciuto il diritto di accesso ai documenti amministrativi della Regione con le modalità di cui al capo V della legge 7 Agosto 1990, n. 241 e successive integrazioni e modificazioni.

#### ARTICOLO 6

(Esenzioni)

1. La presente Convenzione è esente dall'imposta di bollo e dall'imposta di registro ai sensi dell'art. 8, comma I, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

#### ARTICOLO 7

(Foro competente)

1. Per tutte le eventuali controversie sull'interpretazione ed esecuzione della presente convenzione sarà competente in via esclusiva il Foro di Roma.

#### ALLEGATI:

- Disciplinari sottoscritti A (Allegato n. 1) e B (Allegato n. 2)
- Quote di rimborso (Allegato n. 3)
- Decreti di autorizzazione e di accreditamento dei contraenti (Allegati nn. 4 e 5)
- Atto di programmazione del sistema trasfusionale (Allegato n. 6)



- Polizza assicurativa (Allegato n. 7)

Roma, 28 FEB. 2017

Associazione Volontari Italiani Sangue  
Avis Comunale di Roma  
Il Presidente  
Sig. Adolfo Camilli

*Adolfo Camilli*

Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero  
San Giovanni Addolorata  
Il Direttore Generale  
D.ssa Ilde Coiro

*Ilde Coiro*

*leone* *6*

**"Gestione dell'attività associativa Associazione Volontari Italiani Sangue - Avis Comunale di Roma"****DISCIPLINARE TECNICO****Oggetto**

Il presente disciplinare tecnico regola l'attività associativa garantita dall' Associazione Volontari Italiani Sangue - Avis Comunale di Roma a supporto dell'attività trasfusionale presso: l'AZIENDA OSPEDALIERA COMPLESSO OSPEDALIERO SAN GIOVANNI ADDOLORATA

**Promozione della donazione del sangue e dei suoi componenti**

La Regione, con il coordinamento del CRS e l'Associazione/Federazione dei donatori di sangue promuovono e sostengono la donazione volontaria, associata, periodica, anonima, non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti.

Tali attività sono attuate attraverso:

- a) il reclutamento dei donatori e la fidelizzazione degli stessi;
- b) lo sviluppo di iniziative e programmi di informazione, di comunicazione sociale, di educazione sanitaria, di formazione dei cittadini;
- c) il sostegno di specifici progetti riguardanti donatori, donazioni e utilizzo della terapia trasfusionale;
- d) lo svolgimento di iniziative di informazione sui valori solidaristici della donazione volontaria, associata, periodica, anonima, non remunerata e responsabile del sangue e degli emocomponenti;
- e) lo sviluppo della promozione delle donazioni in aferesi in coerenza con la programmazione regionale;
- f) la tutela dei donatori e dei riceventi, la promozione della salute rivolta ai donatori di sangue ed alla popolazione in generale.

L'Associazione assicura il proprio concorso al conseguimento degli obiettivi della programmazione concernenti l'autosufficienza per il sangue intero, per gli emocomponenti e per i prodotti medicinali plasma derivati, impegnandosi anche a finalizzare le iniziative di informazione e promozione della donazione alla realizzazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi individuati dalla suddetta programmazione.

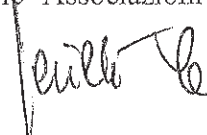
Il documento di programmazione annuale o pluriennale delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, comprensivo delle modalità organizzative correlate (es. calendario raccolta, orari, ecc.), costituisce parte integrante del presente atto ( cfr. Allegato alla Convenzione n. 6).

L'Associazione attiva/partecipa i/ai programmi di educazione alla salute rivolti ai donatori e alla popolazione, con particolare riguardo al mondo della scuola, anche sostenendo le iniziative promosse a tale scopo dalla Regione o dalle Aziende Sanitarie/Enti, d'intesa con il CRS.

La Regione, con il coinvolgimento del CRS, fornisce all'Associazione il supporto tecnico-scientifico per una corretta e completa informazione ai cittadini sulle caratteristiche e modalità delle donazioni nonché sulle misure sanitarie dirette a tutelare la salute del donatore, anche ai fini della tutela del ricevente.

**Gestione associativa**

In base alla normativa vigente, la chiamata alla donazione è attuata dalle Associazioni e



Federazioni dei donatori di sangue convenzionate secondo la programmazione definita d'intesa con il Servizio Trasfusionale di riferimento.

Sulla base di quanto previsto dal documento di programmazione, la Regione, con il coinvolgimento del CRS, concorda con l'Associazione specifiche azioni di sostegno e modalità di raccordo per la gestione associativa dei donatori, in particolare attraverso:

- a) lo sviluppo di iniziative di carattere organizzativo che consentano una efficace gestione dell'attività di chiamata, accoglienza e fidelizzazione dei donatori, in coerenza con gli obiettivi definiti nell'ambito del piano di programmazione delle attività trasfusionali, tenuto conto della disponibilità alla donazione dei donatori;
- b) la definizione di modalità organizzative atte a favorire l'informatizzazione ed il coordinamento del servizio di chiamata programmata;
- c) l'uso del sistema informativo trasfusionale regionale o della struttura trasfusionale di riferimento oppure attraverso l'integrazione con tali sistemi, mediante flussi informativi bidirezionali obbligatori e concordati con il CRS. Tale comunicazione deve avvenire allo scopo di avere un'unica banca dati condivisa e consultabile da ognuno secondo i ruoli e le competenze previsti dalla normativa vigente.

A tal fine l'Associazione si impegna ad operare secondo programmi concordati con il Servizio Trasfusionale di riferimento e definiti nell'ambito degli organismi di partecipazione a livello locale.

L'Associazione può assicurare altresì il servizio di chiamata dei donatori periodici non iscritti, su delega del Servizio Trasfusionale, previo consenso dei donatori interessati.

L'Associazione si impegna inoltre a collaborare con il Servizio Trasfusionale nelle situazioni di emergenza che dovessero richiedere una raccolta straordinaria di sangue attenendosi, nel servizio di chiamata, alle direttive del CRS.

### **Formazione**

L'Associazione e la Regione, con il coordinamento del CRS, nei rispettivi ambiti di competenza, perseguono il miglioramento continuo della qualità nelle attività trasfusionali, attraverso lo sviluppo della buona prassi e l'organizzazione di programmi specifici di formazione continua.

La Regione, anche attraverso le Aziende o aggregazioni delle medesime, promuove lo sviluppo delle attività di cui al presente articolo anche con eventuali risorse.

### **Tutela del donatore e promozione della salute**

La normativa vigente riconosce alle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue la funzione di tutela del donatore, intesa come rispetto delle garanzie connesse alla donazione volontaria e gratuita del sangue e dei suoi componenti.

A tale fine la Regione, con il coinvolgimento del CRS, definisce specifiche modalità di collaborazione con l'Associazione/Federazione di donatori di sangue per favorire:

- a) il rispetto del diritto all'informazione del donatore;
- b) l'applicazione delle norme di qualità e sicurezza, con riferimento alle procedure per la tutela della salute del donatore;
- c) il rispetto della riservatezza per ogni atto che vede coinvolto il donatore;
- d) la tutela dei dati personali e sensibili del donatore;
- e) l'eventuale coinvolgimento del medico di medicina generale di riferimento del donatore, su esplicita richiesta del donatore stesso;



- f) l'applicazione delle azioni mirate al buon uso del sangue, attraverso l'attività dei Comitati ospedalieri di buon uso del sangue, all'interno dei quali è garantita la partecipazione di almeno un rappresentante dell'Associazione;
- g) i reciproci flussi informativi, come previsto dalla normativa vigente;
- h) lo sviluppo di progetti di promozione della salute, sulla base dell'analisi e della valutazione epidemiologica dei dati rilevati sui donatori e sulle donazioni, al fine di promuovere stili di vita e modelli di comportamento sani, capaci di migliorare il complessivo livello di salute.

### **Informazione e consenso**

Per consentire ai donatori di esprimere il proprio consenso informato alla donazione, oltre a quanto previsto dalla normativa vigente, la Regione, tramite l'Associazione in coerenza con le indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale di riferimento, con il supporto del CRS, promuove specifiche iniziative per l'informazione ed il periodico aggiornamento dei donatori sui criteri di valutazione della loro idoneità fisica alla donazione e sulle modalità per la raccolta del sangue e degli emocomponenti cui possono essere sottoposti.

La documentazione relativa al consenso informato è composta da (Allegati n. 1A, 1B e 1C):

- informativa e consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Associazione, ai sensi della normativa vigente sulla privacy;
- informativa e consenso per dati personali e sensibili da trattare da parte della Regione, ai sensi della normativa vigente sulla privacy;
- informativa e consenso alla donazione (da richiedere ad ogni donazione da parte della struttura titolare della raccolta, Servizio Trasfusionale o Unità di Raccolta).

### **Tutela della salute del donatore periodico e dell'aspirante donatore**

La Regione, tramite le proprie strutture sanitarie, garantisce con il coordinamento del CRS, secondo la periodicità, la modalità e gli standard operativi stabiliti dalla normativa vigente, l'effettuazione degli accertamenti iniziali e periodici sui donatori previsti dalla stessa, uniformi su tutto il territorio nazionale, e degli altri eventuali accertamenti finalizzati a stabilire o a confermare l'idoneità fisica dei donatori e a tutelare la loro salute.

Sulla base dell'esito degli accertamenti, previa valutazione medica, con le modalità e in base ai criteri stabiliti dalla normativa vigente, il medico responsabile della selezione attesta l'idoneità del donatore ovvero ne dispone la sospensione temporanea o definitiva dalla donazione.

Al donatore è comunicata, dal Servizio Trasfusionale o dall'Unità di Raccolta cui afferisce, qualsiasi significativa alterazione clinica riscontrata durante la valutazione pre-donazione e negli esami di qualificazione biologica e di controllo.

Tali comunicazioni devono contenere l'invito ad informare il medico curante.

È garantita la tutela dei dati personali e sensibili del donatore in base alla normativa vigente.

### **Inidoneità alla donazione (articolo 8, Legge 219/2005)**

In caso di inidoneità alla donazione, al donatore, lavoratore dipendente, verrà rilasciata idonea certificazione giustificativa di assenza dal lavoro, legata ai tempi di trasferimento e di permanenza presso la sede di raccolta.

### **Flussi informativi e informazioni sui donatori**

L'Associazione, al fine della gestione della chiamata dei donatori e del monitoraggio delle attività donazionali, utilizza i dati del sistema gestionale informatico, fornito dalla Regione cui afferisce il Servizio Trasfusionale di riferimento o integrato con esso.





In attuazione di quanto disposto dall'articolo 7, comma 7, della legge n. 219/2005, l'Associazione trasmette, anche su richiesta e di norma in modo informatizzato, al Servizio Trasfusionale di riferimento gli elenchi nominativi dei propri donatori iscritti e provvede al loro aggiornamento con cadenza almeno semestrale. L'Associazione garantisce al Servizio Trasfusionale collaborazione in riferimento a eventuali difficoltà nel rintracciare i donatori.

Le modalità per lo scambio delle informazioni tra l'Associazione dei donatori di sangue e il Servizio Trasfusionale sono concordate in sede degli organismi di partecipazione a livello locale sulla base delle linee guida predisposte dalla Regione, con il coinvolgimento del CRS, nel rispetto della normativa vigente.

### **Copertura assicurativa dei donatori**

La Regione assicura la copertura dei rischi, in modo uniforme su tutto il proprio territorio, anche attraverso le Aziende, d'intesa con l'Associazione dei donatori di sangue, con idonee polizze assicurative o atti equivalenti aggiornate nei massimali minimi, che devono garantire il donatore e il candidato donatore da qualunque rischio, anche in itinere, connesso o derivante dall'accertamento dell'idoneità, dalla donazione di sangue e dei suoi componenti nonché dalla visita ed esami di controllo.

Copia della polizza assicurativa o degli atti equivalenti sarà allegata alla presente convenzione e costituirà parte integrante della stessa. (cfr. Allegato alla Convenzione n. 7):

### **Rapporti economici**

Per lo svolgimento delle attività effettuate dall'Associazione, in base alla presente convenzione, la Regione garantisce il rimborso omnicomprendivo dei costi delle attività associative, come da allegato 3 alla Convenzione.


Ai fini della verifica dell'utilizzo dei rimborsi corrisposti, l'Associazione predispone annualmente una relazione da cui si evincano le attività svolte, sulla base dello specifico documento di programmazione e degli obiettivi concordati, comprensiva delle modalità di realizzazione e delle risorse impegnate, con riferimento a:

- a) promozione del dono;
- b) sensibilizzazione, informazione ed educazione del donatore (es. materiale informativo, ecc.);
- c) gestione della chiamata programmata;
- d) modalità di utilizzo e gestione dei flussi informativi.

### **Allegati al Disciplinare**

- copia della polizza assicurativa cfr. Allegato alla Convenzione n. 7
- documento come indicato alla voce "Rapporti economici" cfr. Allegato alla Convenzione n. 3
- documento di applicazione della normativa Privacy in attuazione della Convenzione di riferimento, Allegati al presente disciplinare nn. 1A, 1B e 1C.

Associazione Volontari Italiani Sangue  
Avis Comunale di Roma  
Il Presidente  
Sig. Adolfo Camilli



Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero  
San Giovanni Addolorata  
Il Direttore Generale  
Dr.ssa Ilde Coiro



codice a barre



## Domanda di adesione SOCIO DONATORE

Cognome		Nome		sesso:   M   F	
Data di nascita		Luogo di nascita		Prov.	
Codice Fiscale:					
Documento: <input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> altro (specificare)					
N° documento:		Rilasciato da:		Scadenza:	
Indirizzo di Residenza:				N°	Città
Prov	CAP	Tel.		Cell.	
E-mail			Nazionalità		
Domicilio (se diverso dalla residenza):					N°
Città		Prov.	CAP	Tel.	
Luogo donazione preferito:					

Il richiedente chiede di essere iscritto all'AVIS come Socio Donatore Effettivo e dichiara di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore.

Data ..... Firma .....

Per presa visione dell'informativa Privacy ai sensi dell'art 13 del D. LGS. 196/2003 e s.m.i. (vedi retro)

Sulla base di quanto riportato sul retro, esprimo il consenso:

1. Al trattamento dei dati personali SI ☐ NO ☐
2. All'invio di comunicazioni informative (a) SI ☐ NO ☐

Luogo e data

Nome e cognome dell'interessato (leggibili)

Firma

(a) Rivista associativa gratuita, comunicazioni ed informazioni associative di diversa natura. Possibili mezzi di comunicazione informativa: posta ordinaria, mail, telefono, sms, fax.

**Si prega di allegare una fototessera e inviarla a**  
**info@avisroma.it**

Avis Comunale Roma ONLUS – Via Imperia 2, 00161 Roma – Tel 06 44 23 01 34 – Fax 06 44 23 01 36  
e-mail: info@avisroma.it – https://www.avisroma.it  
Iscritta al Registro Regione del Volontariato – Regione Lazio (delibera n° 512 del 10/12/2001)

*[Handwritten signature]*

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003 e s.m.i.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che intendiamo acquisire o già deteniamo dati personali identificativi (comuni) e sensibili che La riguardano, essenziali per l'esercizio dell'attività di promozione e raccolta di sangue ed emocomponenti – vedi Statuto Avis Comunale Roma articoli n. 2 e n. 3.

I dati da Lei rilasciati sono solo quelli strettamente necessari alla gestione delle attività sopra citate e sono trattati con le modalità e le procedure necessarie a questi scopi, anche con l'ausilio di strumenti elettronici.

I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri dipendenti, collaboratori (anche esterni), specificatamente autorizzati, in qualità di Responsabili e/o Incaricati del trattamento dei dati personali, per il perseguimento delle finalità sopraindicate, comunque soggetti di nostra fiducia, alcuni dei quali assumono lo status di Titolari del trattamento (1).

Fornirci i Suoi dati – alcuni dei quali dobbiamo trasmettere (ed altri potremmo dovere trasmettere) a soggetti terzi per obbligo di legge (2) – è obbligatorio ai fini dell'attività istituzionale (Es. Convocazione alla donazione, Donazione, Post – Donazione, ecc.)


I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso di noi, la loro origine e come vengono utilizzati, ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (Esercizio dei diritti ex art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.).

Ogni informazione, anche in merito al luogo di archiviazione e custodia dei dati, ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati o che possono venirne a conoscenza, può essere richiesta al Titolare (Avis Comunale Roma Onlus), anche mediante il Responsabile del trattamento dei dati personali Sig. Biagio BOSCO, Via Imperia, n. 2, 00161 Roma, Telefono +39.06.44230134, e mail [info@avisroma.it](mailto:info@avisroma.it), sito internet [www.avisroma.it](http://www.avisroma.it).

#### NOTE:

- (1) Consulenti e Liberi Professionisti in forma singola o associata (Es. Medici, Infermieri, altri Operatori Sanitari, Tecnici – Programmatori, ecc.), Aziende Ospedaliere convenzionate, Nostri Lavoratori (Es. dipendenti, collaboratori, volontari), Fornitori.
- (2) Pubblica Amministrazione, altri Soggetti Pubblici e Privati competenti.







Via Imperla, 2  
00161 Roma  
Telefono (06) 44230136  
Telefax (06) 44230136  
<https://www.avisroma.it> - [info@avisroma.it](mailto:info@avisroma.it)



## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Codice), La informiamo che i Suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati esclusivamente per finalità sanitarie volte alla valutazione dell'idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento degli obblighi di legge. In particolare il servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.

Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzate alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei relativi dati ad altre strutture sanitarie, enti o istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e la mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione.

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge.

I suoi dati personali non saranno diffusi.

I suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare, in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.

Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale.

Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.

Il Titolare del trattamento è il Presidente protempore di Avis Comunale Roma.

Il Responsabile del trattamento è il Segretario protempore di Avis Comunale Roma.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

E-mail (facoltativo) \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

☒ **acconsento**

☐ **non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili.

Data \_\_\_\_\_ Firma del donatore \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

**NOTA INFORMATIVA**  
**Informazioni sulle finalità del questionario e sulle malattie trasmissibili**  
**(epatite e AIDS).**

Il donatore deve essere consapevole che il sangue donato è destinato alla cura di pazienti e ha pertanto una profonda responsabilità nel garantire loro una terapia sicura. In particolare deve comprendere che alcuni comportamenti lo espongono al rischio di infezioni trasmissibili con il sangue tra le quali HIV/AIDS ed epatiti.

Questi sono rappresentati da:

- rapporti omosessuali o eterosessuali con persone a rischio (tossicodipendenti, prostitute, portatori di epatite o HIV/AIDS o persone sconosciute);
- frequente cambio del partner sessuale;
- rapporti sessuali in cambio di denaro o droghe;
- uso di droghe;
- contatto con sangue altrui.

Il donatore deve essere cosciente che le informazioni fornite mediante le risposte al questionario sono importanti in quanto esiste la possibilità che gli esami di laboratorio non siano in grado di evidenziare una infezione da lui appena contratta.

PERTANTO SE IL DONATORE RICONOSCE DI ESSERE INCORSO IN QUALCUNO DEI COMPORTAMENTI A RISCHIO ELENCATI E' INVITATO AD AUTOESCLUDERSI DALLA DONAZIONE. IL MEDICO SELEZIONATORE IN OGNI CASO E' DISPONIBILE PER ULTERIORI CHIARIMENTI.

**CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

dichiara di:

- aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato;
- aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute;
- essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato;
- aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulla procedura di donazione proposta;
- essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente di rifiutare il consenso;
- non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta;
- sottoporsi volontariamente alla donazione e che nelle 24 ore successive non svolgerà attività o hobby rischiosi.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza della possibilità di richiedere al personale sanitario, entro un tempo massimo di 24 ore dalla donazione, di non utilizzare l'unità donata attraverso una procedura riservata di autoesclusione. (TALE RICHIESTA VA COMUNICATA TELEFONICAMENTE/DIRETTAMENTE AL MEDICO DI GUARDIA DELLA STRUTTURA TRASFUSIONALE O AL MEDICO SELEZIONATORE DELL'UDR)

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la donatore/donatrice \_\_\_\_\_

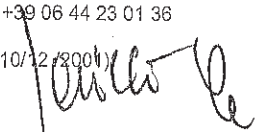
Medico/Operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome

Qualifica

Data

Firma



**DATI ANAGRAFICI DEL DONATORE (scrivere in stampatello)**Cognome ..... Nome ..... Sesso M ☐ F ☐

Luogo di nascita ..... il .....

C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Residente in ..... Via ..... Nr. .... CAP .....

Doc. di riconoscimento ..... Nr. .... Data di Rilascio..... Scadenza.....

PRIMA DONAZIONE	PERIODICO	DATA ULTIMA DONAZIONE: PRESSO:
<b>1. Stato di salute pregresso</b>		
1.1 E' mai stato ricoverato in ospedale? Se sì, perché?.....		Si NO
1.2 E' stato mai affetto da:		SI NO
- malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari		SI NO
- malattie infettive, tropicali, tubercolosi		SI NO
- ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari		SI NO
- malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici		SI NO
- malattie respiratorie		SI NO
- malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero		SI NO
- malattie renali		SI NO
- malattie del sangue o della coagulazione		SI NO
- malattie neoplastiche (tumori)		SI NO
- diabete		SI NO
1.3 Ha mai avuto shock allergico?		SI NO
1.4 Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti o somministrazione di medicinali derivati dal sangue? Se sì, quando?		SI NO
1.5 E' mai stato sottoposto a trapianto di organi, tessuti (cornea, dura madre) o di cellule?		SI NO
1.6 In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt-Jakob ("malattia della mucca pazza")?		SI NO
1.7 Le è mai stato indicato di NON poter donare sangue?		SI NO
1.8 E' vaccinato per l'epatite B?		SI NO
<b>2. Stato di salute attuale</b>		
2.1 E' attualmente in buona salute?		SI NO
2.2 Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?		SI NO
Se no, quali malattie ha avuto e quando?		
2.3 Ha attualmente, o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva (diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)?		SI NO
2.4 Ha attualmente manifestazioni allergiche?		SI NO
2.5 Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia o ha intenzione di farlo?		SI NO
2.6 Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?		SI NO
2.7 Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?		SI NO
2.8 Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose (malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A o altre)?		SI NO
2.9 Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute o pratica hobby rischiosi?		SI NO
<b>3. Solo per le donatrici</b>		
3.1 E' attualmente in gravidanza?		SI NO

3.2 Ha partorito negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
3.3 Ha mai avuto gravidanza o interruzione di gravidanza?	SI	NO
3.4 Ha avuto interruzione di gravidanza negli ultimi 6 mesi?	SI	NO
3.5 E' in periodo mestruale?	SI	NO
<b>4. Farmaci, vaccini, sostanze d'abuso</b>		
4.1 Ha assunto o sta assumendo:		
- farmaci per prescrizione medica	SI	NO
- farmaci per propria decisione	SI	NO
- sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata	SI	NO
4.2 Ha mai ricevuto somministrazioni di ormoni della crescita o di estratti ipofisari?	SI	NO
4.3 E' stato recentemente sottoposto a vaccinazioni?	SI	NO
Quale? .....		
Quando? .....		
4.4 Ha abusato o abusa di bevande alcoliche?	SI	NO
4.5 Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	SI	NO
<b>5. Esposizione a rischio di malattie trasmissibili con la trasfusione</b>		
5.1 Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, le epatiti virali, le altre malattie trasmissibili? (Nota)	SI	NO
5.2 Ha o ha avuto malattie sessualmente trasmesse?	SI	NO
5.3 Ha l'AIDS o è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI	NO
5.4 Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo?	SI	NO
5.5 Ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI	NO
5.6 Il suo partner ha l'epatite B o C o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo?	SI	NO
5.7 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha cambiato partner?	SI	NO
5.8 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali (rapporti genitali, orali, anali)		
- con partner risultato positivo ai test per l'epatite B e/o C e/o per l'AIDS	SI	NO
- con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali a rischio o del quale ignora le abitudini sessuali	SI	NO
- con un partner occasionale	SI	NO
- con più partner sessuali	SI	NO
- con soggetti tossicodipendenti	SI	NO
- con scambio di denaro o droga	SI	NO
- con partner nato o proveniente da paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo	SI	NO
5.9 Dall'ultima donazione e comunque negli ultimi quattro mesi:		
5.9.1 ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C	SI	NO
5.9.2 E' stato sottoposto a interventi chirurgici, indagini endoscopiche (es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia etc)?	SI	NO
5.9.3 Si è sottoposto a:		
- somministrazioni di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe/dispositivi non sterili	SI	NO
- agopuntura con dispositivi non monouso	SI	NO
- tatuaggi	SI	NO
- piercing o foratura delle orecchie	SI	NO
- somministrazione di emocomponenti o di medicinali plasma derivati	SI	NO
5.9.4 Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue?	SI	NO
5.9.5 E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose (bocca, occhi, zone genitali) con il sangue?	SI	NO
Tali comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta a rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo alla donazione di sangue		
<b>6. Soggiorni all'Esteri/Province Italiane</b>		
6.1 E' nato, ha vissuto, o ha viaggiato all'estero? Se sì, in quale/i Paese/i	SI	NO
.....		
6.2 I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico?	SI	NO

6.3 Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi (anche cumulativamente) nel Regno Unito nel periodo 1980-1996?	SI	NO
6.4 E' stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980?	SI	NO
6.5 Ha avuto malaria o febbre inspiegata durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro?	SI	NO
6.6 Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato anche solo per una notte in paesi esteri o in altre Province italiane (malattia da West Nile Virus)? Se sì, dove.....	SI	NO

**Dichiarazione:** Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.

Data ..... Firma del donatore .....

Firma del sanitario .....

#### Valutazione clinica/anamnestica

Valutazione delle condizioni di salute del donatore.....

...  
Note anamnestiche rilevanti

#### Parametri fisici del donatore

Età ..... Peso (Kg) ..... Pressione arteriosa (mmHg) max. .... min. .... Frequenza (batt/min) .....  
Emoglobina (g/dl) ..... Ematocrito (%) .....

#### Giudizio idoneità

Il donatore risulta:

Idoneo alla donazione di sangue intero	Volume (ml) .....
Escluso temporaneamente.	Motivo .....
	Durata.....
Escluso permanentemente	Motivo .....

Firma del medico responsabile della selezione .....



# PRELIEVO

Data e ora della donazione .....

Volume prelevato .....

Durata della donazione: ☐ ≤ 12 MIN

☐ TRA I 12 ED I 15 MIN

☐ ≥ 15 MIN

Lotto sacca.....

Data scadenza lotto.....

Note:.....

.....

.....

.....

Firma di chi effettua il prelievo:.....

## Effetti avversi o collaterali della donazione


Malessere .....

Lipotimia .....

Altre reazioni .....

Terapie praticate .....

*[Handwritten signature]*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA UOC Medicina Trasfusionale	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI</b>	SGA_SIMT
		Mod_CartDon
		Rev. 5 del 08/02/16
		Pagina 1 di 4
Tipo donatore <input type="checkbox"/> nuovo <input type="checkbox"/> periodico		

CDM	C.F.		nazionalità	
	COGNOME e nome			
	Nato a		data di nascita	sex ( ) M ( ) F
	Residente a		CAP	
etichetta anagrafica	via /piazza		n.	
	TELEFONO : ABITAZIONE		CELL	
	e-mail			
	Altri recapiti			
	DOCUMENTO IDENTITA' tipo	numero	Rilasciato da	Scade il
	Medico curante			

destinazione uso emc (a cura del medico) :

☐ uso clinico    ☐ fraz. ind.    ☐ no plasma e plt

*Gentile Donatore/donatrice prima di procedere alla compilazione delle successive sezioni è indispensabile prendere visione della informativa di seguito riportata e sottoscrivere il consenso al trattamento dei suoi dati. In assenza di consenso non potrà effettuare la donazione.*

#### INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA DONAZIONE DI SANGUE

Al sensi del " Codice in materia di protezione dei dati personali" ( D.lvo 30 giugno 2003 n. 196); autorizzazioni 2/2014 e 8/2014 del garante per la protezione dei dati personali


- La Informiamo che i suoi dati personali, anche sensibili, saranno utilizzati ESCLUSIVAMENTE per finalità sanitarie, volte alla valutazione della idoneità alla donazione di sangue ed emocomponenti e per l'adempimento di obblighi di legge. In particolare il Servizio trasfusionale esegue sul campione di sangue i test prescritti dalla legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue introdotti in rapporto a specifiche esigenze o a specifiche situazioni epidemiologiche, e La informerà sugli esiti degli stessi.
- Ove i suoi dati saranno utilizzati per studi e ricerche finalizzati alla tutela della sua salute, di terzi o della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche in relazione all'eventuale trasferimento del materiale donato e dei dati relativi ad altre strutture sanitarie, Enti, o Istituzioni di ricerca, Le verrà fornita specifica informativa per l'acquisizione del relativo consenso al trattamento dei dati.
- L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici è necessaria per la Sua rintracciabilità. L'indirizzo e-mail è facoltativo e può essere utilizzato per ricontattarla o inviarle altre comunicazioni riguardanti la donazione. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea o elettronica, con l'adozione delle misure di sicurezza previste dalla Legge.
- I suoi dati personali non saranno diffusi.
- I Suoi dati saranno comunicati esclusivamente nei casi e nei modi indicati dalla legge e dai regolamenti ai soggetti previsti, in particolare in attuazione della normativa sulle malattie infettive trasmissibili.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice ( accesso, integrazione, opposizione per motivi legittimi ) rivolgendosi al personale indicato dal suo servizio trasfusionale. Il mancato consenso al trattamento dei suoi dati comporterà l'esclusione dalla donazione di sangue ed emocomponenti.
- Il titolare del trattamento è Il Direttore Generale Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata
- Il responsabile del trattamento è Il Direttore della UOC Medicina Trasfusionale Az. Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata

Io sottoscritto	Cognome	Nome	Data nascita
Acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali <input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO al trattamento dei dati personali e sensibili			
Data	Firma del donatore		

Cognome e nome operatore che ha raccolto il consenso	qualifica
Data	firma dell'operatore

*Autore*




 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA UOC Medicina Trasfusionale	<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI</b>	SGA_SIMT
		Mod_CartDon
		Rev. 5 del 08/02/16
		Pagina 2 di 4
Tipo donatore <input type="checkbox"/> nuovo <input type="checkbox"/> periodico		


### 1. Questionario anamnestico

1 STATO DI SALUTE PREGRESSO ( queste domande possono essere omesse per il donatore periodico )		SI	NO
1.1	È stato mai ricoverato in ospedale ? ( se SI perché? ) .....		
1.2	<b>è stato mai affetto da:</b>		
1.2.1	• Malattie autoimmuni, reumatiche, articolari?		
1.2.2	• Malattie infettive, tropicali , tubercolosi		
1.2.3	• Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari		
1.2.4	• Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici		
1.2.5	• Malattie respiratorie		
1.2.6	• Malattie gastrointestinali, malattie del fegato; ittero		
1.2.7	• Malattie renali		
1.2.8	• Malattie del sangue o della coagulazione		
1.2.9	• Malattie neoplastiche ( tumori )		
1.2.10	• diabete		
1.2.11	• Ha mai avuto gravidanze o interruzioni di gravidanza ?		
1.3	Ha mai avuto shock allergico?		
1.4	Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue o di emocomponenti, o somministrazione di medicinali derivati dal sangue ? Se sì, quando? .....		
1.5	È mai stato sottoposto a trapianto di organi, di tessuti ( cornea, dura madre) o di cellule ?		
1.6	In famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jacob ( malattia della " mucca pazza" )?		
1.7	Le è mai stato indicato di non poter donare sangue?		
1.8	È vaccinato per l'epatite B ?		
<b>2 STATO DI SALUTE ATTUALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
2.1	È attualmente in buona salute?		
2.2	Dall'ultima donazione ha sempre goduto di buona salute?		
2.3	Se NO, quali malattie ha avuto e quando? .....		
2.4	Ha attualmente , o ha avuto di recente, febbre o altri segni di malattia infettiva? ( diarrea, vomito, sindrome da raffreddamento, linfonodi ingrossati)		
2.5	Ha attualmente manifestazioni allergiche ?		
2.6	Si è rivolto di recente al suo medico di famiglia, o ha intenzione di farlo?		
2.7	Ha notato perdita di peso negli ultimi tempi?		
2.8	Nell'ultima settimana si è sottoposto a cure odontoiatriche o ad interventi di piccola chirurgia ambulatoriale?		
2.9	Nelle ultime 4 settimane è venuto in contatto con soggetti affetti da malattie contagiose ( malattie esantematiche, mononucleosi infettiva, epatite A, altre ) ?		
2.10	Svolge attività lavorativa che comporta rischio per la sua o per l'altrui salute, o pratica hobby rischiosi?		
<b>3 SOLO PER LE DONATRICI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
3.1	è attualmente in gravidanza ?		
3.2	Ha partorito negli ultimi 6 mesi ?		
3.3	Ha avuto interruzioni di gravidanza negli ultimi 6 mesi?		
<b>4 FARMACI, VACCINI, SOSTANZE D'ABUSO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
4.1	Ha assunto, o sta assumendo :		
4.1.1	• Farmaci per prescrizione medica		
4.1.2	• Farmaci per propria decisione		
4.1.3	• Sostanze / integratori / principi attivi per attività sportive, e altri prodotti acquistati via Internet o al di fuori della distribuzione autorizzata		
4.2	Ha mai ricevuto somministrazione di ormoni della crescita o estratti ipofisari?		
4.3	È stato recentemente sottoposto a vaccinazioni ?		

*Quick*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA UOC Medicina Trasfusionale		<b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI</b>		SGA_SIMT Mod_CartDon Rev. 5 del 08/02/16 Pagina 3 di 4	
Tipo donatore    [ ] nuovo    [ ] periodico					
4.4	Ha abusato o abusa di bevande alcoliche ?				
4.5	Ha mai assunto o assume sostanze stupefacenti ?				
<b>5 ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI MALATTIE TRASMISSIBILI CON LA TRASFUSIONE</b> ( I sottolencati comportamenti/situazioni potrebbero averla esposta al rischio di contrarre malattie infettive trasmissibili attraverso la sua donazione e per tale ragione non può essere ritenuto idoneo , per la tutela dei pazienti candidati alla trasfusione)					
					SI    NO
5.1	Ha letto e compreso le informazioni sull'AIDS, sulle epatiti virali e le altre malattie trasmissibili?				
5.2	Ha, o ha avuto, malattie sessualmente trasmesse ?				
5.3	Ha l'AIDS, o è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?				
5.4	Il suo partner è portatore del virus HIV o crede di esserlo ?				
5.5	Ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C, o crede di esserlo ?				
5.6	Il suo partner ha l'epatite B o C, o è portatore del virus dell'epatite B o C o crede di esserlo ?				
5.7	Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi, ha cambiato partner ?				
5.8	<b>Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi ha avuto rapporti eterosessuali, omosessuali, bisessuali ( rapporti genitali, orali, anali):</b>				
5.8.1	• Con partner risultato positivo al test per epatite B e/o C o per l'AIDS ?				
5.8.2	• Con partner che ha avuto precedenti rapporti sessuali rischio o del quale ignora le abitudini sessuali ?				
5.8.3	• Con un partner occasionale ?				
5.8.4	• Con più' partner sessuali ?				
5.8.5	• Con soggetti tossicodipendenti ?				
5.8.6	• Con scambio di denaro o droga ?				
5.8.7	• Con partner nato o proveniente da Paesi esteri dove l'AIDS è una malattia diffusa, e del quale non è noto se sia o meno sieropositivo ?				
5.9	<b>Dall'ultima donazione, e comunque negli ultimi 4 mesi:</b>				
5.9.1	• Ha vissuto nella stessa abitazione con soggetti portatori del virus dell'epatite B e dell'epatite C ?				
5.9.2	• È stato sottoposto ad interventi chirurgici, esami endoscopici ( es: colonscopia, esofagogastroduodenoscopia, artroscopia ecc) ?				
5.9.3	• Si è sottoposto a: a) Somministrazione di sostanze per via intramuscolare o endovenosa con siringhe / dispositivi non sterili b) Agopuntura con dispositivi non monouso c) Tatuaggi d) Piercing o foratura delle orecchie e) Somministrazione di emocomponenti o medicinali plasmaderivati				
5.9.4	• Si è ferito accidentalmente con una siringa o altri strumenti contaminati dal sangue ?				
5.9.5	• E' stato accidentalmente esposto a contaminazione delle mucose ( bocca, occhi, zone genitali) con il sangue ?				
<b>6 SOGGIORNI ALL'ESTERO / PROVINCE ITALIANE</b>					SI    NO
6.1	è nato, ha vissuto, vive o ha viaggiato all'estero ? Se SI, in quali Paesi ? .....				
6.2	I suoi genitori sono nati in Paesi dell'America centrale, dell'America del sud o in Messico ?				
6.3	Ha trascorso un periodo superiore a 6 mesi ( anche cumulativamente ) nel Regno Unito, nel periodo 1980- 96 ?				
6.4	È stato trasfuso nel Regno Unito dopo il 1980 ?				
6.5	Ha avuto malaria, o febbre inspiegata, durante un viaggio in zone a rischio o entro 6 mesi dal rientro ?				
6.6	Negli ultimi 28 giorni ha soggiornato, anche per una sola notte, in Paesi esteri o in altre Province Italiane ? ( malattia da West Nile Virus ). Se SI, dove? .....				
<b>Dichiarazione</b> Il sottoscritto dichiara di aver visionato il materiale informativo in tutte le sue parti, di aver compreso compiutamente le informazioni fornite in merito alle malattie infettive trasmissibili, con particolare riguardo alle epatiti B e C e all'AIDS, di aver risposto in maniera veritiera ai quesiti posti nel questionario, essendo stato informato sul significato delle domande in esso contenute, di essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato.					
Data		firma del donatore		firma del medico	

*[Handwritten signature]*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</p> <p><b>AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA</b></p> <p><i>UOC Medicina Trasfusionale</i></p>	<p><b>CARTELLA SANITARIA DEL DONATORE DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI</b></p>	SGA_SIMT
		Mod_CartDon
		Rev. 5 del 08/02/16
		Pagina 4 di 4

## 2. Parametri fisici

<i>parametro</i>	<i>valore</i>	<i>parametro</i>	<i>valore</i>
<b>Età:</b>		<b>P.A. (mmHg)</b>	
<b>Peso (Kg)</b>			
<b>Hb (g/dL)</b>		<b>Fc (min)</b>	
<b>Parametri aggiuntivi</b>			
<i>Firma operatore</i>			

### 3. Valutazione clinico/anamnestica

[illegible]

3. **Giudizio di idoneità.** Il donatore risulta :

<input type="checkbox"/> idoneo a donare	Tipo di emc	Volume
<input type="checkbox"/> escluso temporaneamente	Motivo	Fino a
<input type="checkbox"/> escluso permanentemente	Motivo	

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile del medico responsabile selezione \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO ALLA DONAZIONE DI SANGUE INTERO ED EMOCOMPONENTI MEDIANTE AFERESI

Io sottoscritto	Cognome	Nome	Data nascita
-----------------	---------	------	--------------

Dichiaro di:

- Aver preso visione del materiale informativo e di averne compreso il significato
- Aver risposto in maniera veritiera al questionario anamnestico, essendo stato correttamente informato sul significato delle domande in esso contenute
- Essere consapevole che le informazioni fornite sul proprio stato di salute e sui propri stili di vita costituiscono un elemento fondamentale per la propria sicurezza e per la sicurezza di chi riceverà il sangue donato
- Aver ottenuto una spiegazione dettagliata e comprensibile sulle procedure di donazione proposta
- Essere stato posto in condizione di fare domande ed eventualmente rifiutare il consenso
- Non aver donato nell'intervallo minimo di tempo previsto per la procedura di donazione proposta
- Sottopormi volontariamente alla donazione, e che nelle 24 ore successive non svolgerò attività o hobby rischiosi
- Acconsentire all'esecuzione sul proprio campione di sangue dei test prescritti per legge, inclusi i test per HIV, o altri test per la sicurezza della donazione di sangue

Data	Firma del donatore	Medico che ha raccolto il consenso (cognome e nome)	Firma medico
------	--------------------	--	--------------

Dati della donazione: ora	volume effettivo prelievo	mL	durata	min
---------------------------	---------------------------	----	--------	-----

Prelievo interrotto		Effetti collaterali	
<input type="checkbox"/> insuff. venosa	<input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> ematoma	<input type="checkbox"/> lipotimia, con perdita di coscienza
<input type="checkbox"/> rottura vena		<input type="checkbox"/> senso di malessere	<input type="checkbox"/> sintomi da ipocalcemia
<input type="checkbox"/> malessere		<input type="checkbox"/> crisi convulsiva	<input type="checkbox"/> altro:
Eventuali terapie:			

Firma leggibile di chi ha eseguito il prelievo

Miller 8

**“Gestione dell'Unità di Raccolta da parte dell'Associazione Volontari Italiani Sangue - AVIS Comunale di Roma ai sensi dell'art. 7, comma 4, della Legge 21 ottobre 2005 n. 219”**

## DISCIPLINARE TECNICO

### Oggetto

Il presente disciplinare tecnico regola la gestione da parte dell'Associazione Volontari Italiani Sangue - AVIS Comunale di Roma ai sensi dell'art. 7, comma 4, della Legge 21 ottobre 2005, n. 219 dell'Unità di Raccolta (UdR) AVIS COMUNALE di ROMA, decreto di autorizzazione/accreditamento n. U00310/2015 del 06/02/2015 e relative articolazioni organizzative collegate, descritte in apposito documento allegato alla convenzione, a supporto dell'attività trasfusionale garantita dal Servizio Trasfusionale (SIMT) dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata per assicurare la quantità e qualità delle prestazioni risultanti da apposito documento allegato congruente con i documenti di programmazione locale e regionale.

Il documento di programmazione annuale o pluriennale dell'Unità di Raccolta, con indicazione qualitativa e quantitativa degli emocomponenti nonché l'organizzazione correlata (es. calendario raccolta, orari, ecc.), con l'indicazione di obiettivi, responsabilità, monitoraggio, fa parte a tutti gli effetti del presente atto.

*Per le ulteriori specifiche modalità operative si rimanda al Documento concordato da sottoscrivere a parte di SIMT SGA ed Associazione AVIS Comunale di Roma, sottoposto a revisione periodica a richiesta di ciascuna delle parti.*

### Gestione dell'Unità di Raccolta

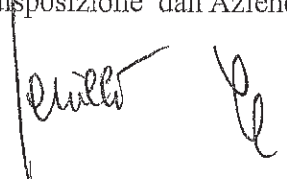
In conformità al documento di programmazione della raccolta regionale e locale è riconosciuto il ruolo dell'Associazione Volontari Italiani Sangue - AVIS Comunale di Roma nell'organizzazione e nella gestione delle attività di raccolta di sangue intero e/o di emocomponenti, previa specifica autorizzazione regionale, sotto la responsabilità tecnica del Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata sottoscrive con l'Associazione Volontari Italiani Sangue - AVIS Comunale di Roma la Convenzione per lo svolgimento dell'attività sanitaria di raccolta del sangue e di emocomponenti attraverso la gestione dell'Unità di Raccolta sopra indicata.

L'Unità di Raccolta si articola sul territorio nelle seguenti articolazioni organizzative (anche eventuali autoemoteche), dotate ognuna di autorizzazione e accreditamento regionale, come risulta dall'allegato:

- SS. Corpo e Sangue di Cristo in Via Narni 19
- FIAT Ducato tg ER602EY
- FIAT Ducato tg BY465GG
- FIAT Iveco tg AM529GS
- FIAT Ducato tg EY796LL

L'Associazione provvede alla gestione dell'attività sanitaria di raccolta presso le sedi sopra elencate con personale dedicato e con attrezzature e locali propri o messi a disposizione dall'Azienda





Sanitaria/Ente, nel rispetto della normativa regionale vigente, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 2 della Convenzione. Utilizza inoltre **n.4 autoemoteche** esclusivamente presso i luoghi risultanti dall'elenco (Allegato n. 2A), fatta salva la possibilità di effettuare attività sanitaria di raccolta di sangue o di emocomponenti da concordare con il SIMT di riferimento, in luoghi e orari definiti con lo stesso e comunicati alla SRC, nell'ambito di quanto previsto dal regime autorizzativo.

L'Unità di Raccolta, con la collaborazione dei responsabili associativi dei territori interessati, provvede alla raccolta di sangue intero secondo piani definiti e tempistiche concordati con il Servizio Trasfusionale di riferimento.

L'Unità di Raccolta, secondo la programmazione regionale e locale, condivisa con il Servizio Trasfusionale di riferimento e in sinergia con il CRS, e in base agli atti autorizzativi e di accreditamento regionali, si impegna a trasferire gli emocomponenti raccolti (sangue, plasma, ecc.) al Servizio Trasfusionale dell'Azienda salvo diverse disposizioni impartite su indicazione del CRS.

Il Servizio Trasfusionale di riferimento, da parte sua, si impegna a accettare gli emocomponenti (sangue intero) raccolti dall'Associazione, in conformità alla programmazione annuale concordata allegata al presente atto.

L'Unità di Raccolta per la gestione dell'attività di raccolta, utilizza il materiale di consumo fornito dall'Azienda Sanitaria del Servizio Trasfusionale di riferimento. Sulla base della programmazione regionale il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta definiscono, con modalità formali concordate, il fabbisogno del materiale di consumo. Il Servizio Trasfusionale, tramite la propria Azienda di riferimento e sulla base delle proprie modalità gestionali, garantisce il puntuale rifornimento dei materiali all'Unità di Raccolta, che si impegna al corretto utilizzo, conservazione e controllo di quanto fornito. Ai fini della tracciabilità del materiale di consumo l'Azienda individua uno specifico centro di costo.

Il Servizio Trasfusionale e l'Unità di Raccolta, per lo svolgimento dell'attività di raccolta, concordano con il coordinamento del CRS l'utilizzo del sistema gestionale informatico nonché la fornitura e l'utilizzo di attrezzature. Le tecnologie di base, rappresentate almeno da: bilance di prelievo, emoglobinometri e saldatori costituiscono la dotazione indispensabile al fine di garantire sicurezza e tracciabilità, rispondendo ai requisiti previsti dalla normativa vigente. Eventuali utilizzi di attrezzature e tecnologie ulteriori o con caratteristiche superiori rispetto a quelle di base devono essere definite in appositi accordi.

L'Unità di Raccolta è responsabile dello smaltimento del materiale a rischio biologico. L'Azienda Sanitaria e l'Unità di Raccolta concordano le modalità operative relative al trattamento, alla conservazione temporanea e allo smaltimento del medesimo. Definiscono, inoltre, le procedure atte a garantire la protezione individuale del personale impegnato nell'attività di raccolta.

La titolarità delle autorizzazioni e dell'accreditamento, nonché del relativo mantenimento delle UdR e delle relative articolazioni organizzative è in capo all'Associazione.

L'Associazione, nel rispetto della normativa vigente e in accordo con le indicazioni tecniche del Servizio Trasfusionale di riferimento, garantisce che:

- la raccolta venga effettuata nelle sedi autorizzate e accreditate di cui al presente atto, esclusivamente da personale qualificato, autorizzato e regolarmente formato;
- il personale preposto, prima di avviare l'attività di raccolta, accerti che i locali dedicati siano igienicamente idonei e che l'attrezzatura sia funzionante e correttamente predisposta;
- lo svolgimento delle attività di selezione e raccolta del sangue e degli emocomponenti

avvenga in conformità alla normativa vigente;

- il materiale e le attrezzature utilizzati nell'ambito della raccolta vengano impiegati e conservati correttamente;
- le unità di sangue ed emocomponenti raccolti e i relativi campioni d'analisi vengano conservati, confezionati e inviati alla struttura individuata dalla programmazione regionale, con riferimento all'organizzazione della rete trasfusionale.

In caso di necessità particolari e straordinarie, le parti possono convenire sull'attivazione d'urgenza di raccolte in sedi dotate di specifica autorizzazione e accreditamento in giornate aggiuntive.

Al fine di ottimizzare le risorse destinate alla raccolta di sangue e di emocomponenti e alla loro successiva lavorazione, le parti convengono di monitorare la programmazione, impegnandosi a favorire, attraverso i possibili recuperi di efficienza, il miglioramento della qualità e della produttività complessiva, senza penalizzare il donatore e la volontarietà del dono.

#### **Persona responsabile dell'Unità di Raccolta (articolo 6, Decreto legislativo n. 261/2007)**

L'atto di designazione della persona responsabile dell'Unità di Raccolta, secondo quanto disposto dalla normativa vigente, è allegato, unitamente al curriculum vitae dello stesso, al presente disciplinare (Allegato n. 2B)

#### **Formazione e Sistema Qualità**

L'Azienda Ospedaliera SGA e l'Associazione, nei rispettivi ambiti di competenza, perseguono il miglioramento continuo della qualità nelle attività trasfusionali, attraverso lo sviluppo della buona prassi e l'organizzazione di programmi specifici di formazione continua, secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

L'Associazione, a sua volta, si impegna:

- a collaborare con il Servizio Trasfusionale nella verifica del fabbisogno formativo e nel monitoraggio delle competenze del personale addetto alla raccolta;
- alla formazione obbligatoria del personale addetto alla raccolta, tramite la partecipazione ai corsi istituiti dalla Regione e/o Aziende Sanitarie, in collaborazione con il CRS, ai sensi della normativa vigente;
- a favorire la partecipazione alle ulteriori iniziative di formazione proposte dal Servizio Trasfusionale.

Per quanto concerne il Sistema Qualità, nel rispetto della normativa vigente:

- l'Unità di Raccolta gestita dall'Associazione al fine di assolvere gli obblighi in materia, si avvale di una funzione di garanzia della qualità, interna o associata. Il titolare di tale funzione collabora con il responsabile dell'Unità di Raccolta e il Servizio Trasfusionale nella soluzione di tutte le problematiche correlate al Sistema Qualità e per lo svolgimento degli audit interni alla Unità di Raccolta;
- i locali e le attrezzature che possono avere impatto sulla qualità e sicurezza dei donatori, dei prodotti trasfusionali e degli operatori sono qualificati per l'uso specifico;
- le procedure rilevanti ai fini del sistema Qualità e della sicurezza del sangue e dei suoi componenti sono convalidate prima di essere introdotte e riconvalidate ad intervalli regolari a seconda dell'esito di tali attività;
- la persona responsabile dell'Unità di Raccolta definisce congiuntamente con il Servizio

Trasfusionale, i compiti e le responsabilità del personale attraverso descrizioni aggiornate delle attività assegnate;

- la persona responsabile dell'Unità di Raccolta affida la responsabilità della garanzia della qualità a persona diversa ed indipendente, che opera con autonomia;
- il personale dell'Unità di Raccolta deve possedere la formazione obbligatoria richiesta prima del suo inserimento; il mantenimento delle competenze deve essere oggetto di verifica periodica. La documentazione del percorso formativo è aggiornata e mantenuta in appositi registri, tenuti dal responsabile qualità dell'Unità di Raccolta in raccordo con il responsabile qualità del Servizio Trasfusionale;
- il contenuto dei programmi di formazione è rivisto annualmente sulla scorta delle nuove conoscenze sanitarie e tecnologiche e la competenza del personale è rivalutata ad intervalli regolari.

### **Tutela della riservatezza**

Le parti prendono atto che il personale del Servizio Trasfusionale e dell'Unità di Raccolta, nel rispetto della normativa vigente, è tenuto:

- a garantire che il colloquio con il candidato donatore sia effettuato nel rispetto della riservatezza; ad adottare tutte le misure volte a garantire la riservatezza delle informazioni riguardanti la salute fornite dal candidato donatore e dei risultati dei test eseguiti sulle donazioni, nonché la riservatezza nelle procedure relative ad indagini retrospettive, qualora si rendessero necessarie;
- a garantire al donatore la possibilità di richiedere al personale medico del Servizio Trasfusionale o dell'Unità di Raccolta di non utilizzare la propria donazione, tramite una procedura riservata di autoesclusione;
- a comunicare al donatore qualsiasi significativa alterazione clinica riscontrata durante la valutazione di idoneità alla donazione e negli esami di controllo.

### **Modifiche**

Eventuali modifiche alla programmazione qualitativa e quantitativa della raccolta da parte dell'Unità di Raccolta devono essere condivise in forma scritta con il Servizio Trasfusionale di riferimento, previo coinvolgimento del CRS.

### **Rapporti economici**

Per la gestione dell'attività di raccolta si applicano le quote di rimborso come da allegato alla Convenzione n 3.

Ai fini della verifica dell'utilizzo dei rimborsi corrisposti, l'Associazione predispone annualmente una relazione da cui si evincano le attività svolte, sulla base dello specifico documento di programmazione e degli obiettivi concordati, comprensiva delle modalità di realizzazione e delle risorse impegnate, con riferimento a:

- a) costi generali;
- b) costi per i servizi forniti al donatore;
- c) costi per il personale impegnato nella raccolta;
- d) costi per la manutenzione o acquisto delle attrezzature, con particolare riferimento alla quota di ammortamento delle stesse o del canone di leasing (se non di proprietà).



### Utilizzo di attrezzature, tecnologie e locali

L'eventuale utilizzo di attrezzature, tecnologie e locali dell'Azienda da parte dell'Associazione o viceversa, a supporto esclusivo delle attività trasfusionali, è regolato da appositi accordi/contratti riportati in specifici e ulteriori allegati, nel rispetto della normativa regionale vigente.

### Comodato

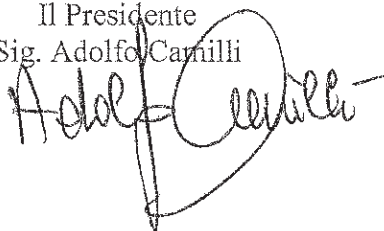
Il contratto di comodato delle attrezzature, tecnologie e dei beni di proprietà dell'Azienda che la stessa mette, eventualmente, a disposizione in comodato per le attività dell'Unità di Raccolta è disciplinato in specifico allegato.

### Allegati al disciplinare

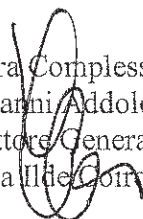
- documento relativo alla programmazione annuale o pluriennale concordata e alle prestazioni qualitative e quantitative svolte dall'Unità di Raccolta (cfr. Allegato alla Convenzione n. 6);
- Elenco Gruppi afferenti Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (Allegato 2A);
- Atto di nomina della persona responsabile dell'Unità di Raccolta corredato dal curriculum vitae (Allegato n. 2B);
- elenco e qualifica del personale addetto all'attività di raccolta (Allegato n. 2C);
- attestazione della formazione obbligatoria prevista per il personale impegnato nell'attività di raccolta (Allegato n. 2D composto da n. 20 fogli);
- documenti relativi alla copertura assicurativa del personale sanitario e del personale volontario operante presso l'Unità di raccolta (Allegato n. 2E composto da n. 66 fogli);
- documento tecnico giuridico di raccordo della normativa privacy in attuazione della convenzione di riferimento (cfr. Allegati n. 1A, 1B ed 1C al disciplinare A);
- elenco delle attrezzature utilizzate per la raccolta sangue da parte dell'Associazione (Allegato n. 2F).

Roma, 28 FEB. 2017

Associazione Volontari Italiani Sangue  
Avis Comunale di Roma  
Il Presidente  
Sig. Adolfo Camilli



Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero  
San Giovanni Addolorata  
Il Direttore Generale  
Dr.ssa Ilde Gotti





GRUPPI AFFERENTI S. GIOVANNI

	Gruppo	Indirizzo	SINT
LUOGO DI CULTO	Associazione Donatori Sangue Villa Verde	Via del Torracio, 270 (S. Maria Madre di Ospitalità)	S. Giovanni
AZIENDA	Banca d'Italia	Via del Mandrione, 190	S. Giovanni
AZIENDA	Banca d'Italia	Largo Guido Carli, 1 (Vermicino)	S. Giovanni
AZIENDA	Banca d'Italia (Centro Sportivo)	Largo Volumnia, 1	S. Giovanni
EVENTO	Comitato Quartiere Due Colli - Borghesiana	Via Bulzi 18	S. Giovanni
LUOGO DI CULTO	Comunità - Singh	Cir.ne Orientale, 4532 (Grega s. Andrea)	S. Giovanni
AZIENDA	Finaf S.p.a. del Gruppo Angelini	Viale Amelia, 70	S. Giovanni
AZIENDA	Guardia di Finanza - RAC	Via della Batteria di Porta Furba, 34	S. Giovanni
AZIENDA	HDRA	Via Lorenzo in Lucina, 4	S. Giovanni
AZIENDA	Ist. Argan	Piazza dei decemviri, 12	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Levi Civita	Via Torre Annunziata, 11	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Augusto - LC	Via Gela, 14	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. De Pinedo Francesco I.T. Aer.	Via F. Morandini, 30	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Diaz Armando I.I.S.	Via Taranto, 59/T (Ingresso Via Orvieto)	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Galileo Galilei	Via Conte Verde, 51	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Levi Civita Tullio - LS	Via Aquilonia, 30	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Liceo Artistico Argan	Via Giuseppe Belloni	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Lucio Lombardo Radice	Piazza Ettore Viola, 6	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Newton Isacco - LS	Viale Manzoni, 47	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Newton Isacco - L.S. - Succursale	Via Dell'Olmata, 4	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Russell Bertrand L.C. - Sperimentale	Via Tuscolana, 208	S. Giovanni
ISTITUTO SCOLASTICO	Ist. Volterra Vito L.S.	Via Dell'Acqua Cetosa, 8	S. Giovanni
AZIENDA	Lazio Service	Via del Serafico, 107	S. Giovanni
EVENTO	McDonald's Ardeatina	Grande Raccordo Anulare km 49+400	S. Giovanni
EVENTO	McDonald's Romanina	Via Bernardino Alimena 20	S. Giovanni
AZIENDA	Oracle	Via Bombay, 1	S. Giovanni
LUOGO DI CULTO	Parrocchia S. Giuseppe Cafasso	Via Camillo Manfronti, 2	S. Giovanni
LUOGO DI CULTO	Parrocchia S. Maria Ausiliatrice	Piazza S. Maria Ausiliatrice, 54	S. Giovanni
LUOGO DI CULTO	Parrocchia SS Corpo e Sangue di Cristo	Via Narni, 19	S. Giovanni

Done 22 Febbraio 2017 Adelfo Cavallotti per Aris Camille Done

LUOGO DI CULTO	Parrocchia SS Fabiano e Venanzio	Via Terzi, 92	S. Giovanni	
LUOGO DI CULTO	S. Angeli Custodi	Via Alpi Apuane, 1	S. Giovanni	

Done 22 febbraio 2018  
 Arie Com. le Donne  
 Adelf Gumbel

Au. 2B

Via Imperia, 2  
00161 Roma  
Tel. (06) 44 23 01 34 - 44 04 249  
Fax (06) 44 23 01 36

info@avisroma.it  
www.avisroma.it

Prot. n. 102/17/AC/sd  
Data 06 Febbraio 2017  
Oggetto:

Gent.ma Dott.ssa  
DE ANGELIS MONICA  
via Cerreto di Spoleto n° 10  
00181 Roma

Oggetto: Rinnovo Incarico

Con riferimento al Disciplinare di incarico in allegato, con la presente, in virtù di delibera del Consiglio Direttivo del 25/01/17, si rinnova la collaborazione con la S.V. per il periodo dal 01/01/2017 al 31/12/17 alle medesime condizioni economiche.

Si ringrazia per la fattiva collaborazione.

Per accettazione

Dott.ssa Monica De Angelis

*Monica De Angelis*

In fede

Avis Comunale di Roma  
Il Presidente  
Adolfo Camilli

*Adolfo Camilli*



## **DISCIPLINARE DI INCARICO PER LE FUNZIONI DI MEDICO RESPONSABILE**

### **Premessa**

Il presente disciplinare regola i rapporti tra "Avis Comunale Roma" ubicata in Roma via Imperia n°2, e la Dott.ssa De Angelis Monica nata a Roma prov. (RM) il 20/06/1975 e residente a Roma prov. (RM) in via Cerreto di Spoleto n° 10 con cittadinanza Italiana il cui codice fiscale è DNGMNC75H60H501F, iscritto all'Ordine dei Medici di Roma al n° 53646, per svolgere l'attività di Medico responsabile Unità di Raccolta la cui definizione e competenze sono chiaramente stabilite dai commi 5 e 6 dell'articolo 6 del Decreto Legislativo 20 dicembre 2007 n° 261.

### **ART.1 – Conferimento dell'incarico**

L' "Avis Comunale Roma" nella persona del rappresentante legale Sig. BOSCO Biagio, affida alla Dott.ssa De Angelis Monica l'incarico professionale di "medico responsabile Unità di Raccolta", ai sensi del Decreto Legislativo 20 Dicembre 2007 n° 261 e successive modifiche, a partire dal 01/01/2016 con scadenza il 31/12/2016.

### **ART.2 – Oggetto dell'incarico**

A seguito della decisione del Consiglio Direttivo conferisce alla Dott.ssa De Angelis Monica, iscritto al n. 53646 dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, che accetta alle condizioni del presente disciplinare, l'incarico di medico responsabile Unità di Raccolta.

L'incarico viene conferito a partire dal 01/01/2016 ed avrà termine il 31/12/2016

Nell'ambito dell'incarico il Medico Responsabile dovrà assolvere a tutti gli adempimenti previsti nel Decreto Legislativo 261/2007 e a dare disponibilità ad essere contattata tramite mail o telefono dai donatori di AVIS.

L'attività di Medico Responsabile dovrà essere svolta secondo i principi della medicina.



### **ART. 3.1 Attività minime imprescindibili di pertinenza del Medico Responsabile UdR**

Il "medico" dovrà:

- a) collaborare con la funzione programmazione dell'AVIS ai fini della pianificazione, ove necessario della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei donatori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei donatori (rispondendo anche a mezzo e-mail), per la parte di competenza. Collaborare inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di «promozione della salute» (Syllabus o altri), secondo i principi della responsabilità sociale;
- b) predisporre un registro del personale sanitario abilitato alle attività istituzionali dell'AVIS. Tale registro, aggiornato, dovrà essere reso disponibile alla funzione programmazione allo scopo di individuare i sanitari convocabili per le uscite.
- c) programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria sulle attività di prelievo sia per garantire l'osservanza delle procedure da parte degli operatori sanitari che per assicurare il corretto uso degli strumenti atti a garantire la salute del donatore.
- d) consegnare ad "Avis Comunale Roma", alla cessazione dell'incarico, la documentazione sanitaria in suo possesso, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196, e con salvaguardia del segreto professionale;
- e) fornire informazioni ai donatori sul significato della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti e sulla necessità di sottoporsi ad accertamenti;
- f) visitare gli ambienti almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che viene stabilita in base alla valutazione dei rischi. Dovrà essere redatto un verbale di visita firmato dai partecipanti;
- g) partecipare della sorveglianza sanitaria.

### **3.2 Sorveglianza sanitaria**

Il Medico Responsabile effettua la sorveglianza sanitaria nei confronti dei donatori laddove abbia l'opportunità di conoscere i dati di analisi cliniche.

La sorveglianza sanitaria comprende :

- a) la valutazione delle caratteristiche professionali dei sanitari che prestano/presteranno la loro opera per l'AVIS e che siano in linea con i requisiti richiesti;
- b) definire, in quantità e qualità, i presidi sanitari da predisporre a supporto delle Unità di raccolta in linea con i requisiti richiesti

### 3.3 Attività particolari incluse

- Partecipazione alle riunioni previste dall'AVIS per la gestione della sicurezza e dell'igiene delle Unità di Raccolta;
- Coordinamento delle attività in materia sanitaria;
- Sopralluoghi nei Punti di Prelievo per l'individuazione dei fattori di rischio;
- Stesura della relazione sulla valutazione dei rischi delle Unità di Raccolta e dei Punti Fissi di Prelievo;
- Collaborazione, per la parte di competenza, all'attività di formazione ed informazione dei donatori;
- Rapporti con Organi di CRS;
- Rapporti con Centri Trasfusionali;
- Emissione e valutazione delle procedure di qualità che hanno attinenza con la materia sanitaria;
- Integrazione delle stesse con i nr.10 SIMT convenzionati;
- Effettuazione della manutenzione delle suddette procedure;
- Aggiornamento sistematico della situazione dei donatori esclusi temporaneamente o definitivamente dalla donazione;
- Valutazione e soluzione delle non conformità in campo sanitario prodotte dai SIMT;
- Valutazione del curriculum del personale sanitario per il loro accesso alla collaborazione con l'AVIS.

### ART.4 – Modalità di espletamento dell'incarico

- Sarà cura dell'Associazione fornire al Medico Responsabile, preventivamente all'espletamento dell'incarico, gli indirizzi generali ai quali lo stesso dovrà attenersi;
- L'Associazione si impegna inoltre a garantire, contemporaneamente al conferimento dell'incarico, il libero accesso all'area e ai fabbricati interessati per tutto il corso di espletamento del presente incarico;
- Il Medico Responsabile dovrà espletare l'incarico avvalendosi della propria struttura organizzativa; gli interlocutori del Medico Responsabile per l'Associazione saranno il Presidente, che potrà avvalersi della collaborazione di altri dirigenti per aspetti legati alla attività specifica delle strutture dell'Associazione.
- Per quanto non espressamente previsto nel presente disciplinare si rinvia alla normativa vigente.

#### **ART.5 – Requisiti del Medico Responsabile**

La Dott.ssa De Angelis Monica dichiara di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente.

#### **ART.6 – Proprietà di atti, documenti ed elaborati**

Tutti gli atti, documenti, elaborati grafici, modelli, schemi, prototipi e campioni, indagini, progetti e quant'altro prodotto nell'espletamento dell'attività del Medico Responsabile restano di proprietà dell'Associazione.

Di ogni documento in suo possesso il Medico Responsabile dovrà tenere elenco e dovrà farne consegna formale all'Avis Comunale Roma al termine del suo incarico.

#### **ART.7 – Trattamento dei dati e riservatezza**

La Dott.ssa De Angelis Monica è nominata incaricato del trattamento dei dati di cui verrà a conoscenza nello svolgimento del presente incarico ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003.

Pertanto il Medico Responsabile si impegna a rispettare la massima riservatezza in relazione alle informazioni, ai documenti, ai dati tecnici ed altri dati acquisiti ed elaborati nello svolgimento del servizio.

#### **ART.8 – Risoluzione ed inadempienze contrattuali**

L'attività dovrà essere espletata per tutta la durata dell'incarico, a partire dal 01/01/2016 fino al termine del 31/12/2016.

Le parti possono risolvere anticipatamente il presente contratto unilateralmente comunicandolo all'altra parte, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, con un preavviso di almeno novanta giorni, che decorre dal ricevimento della comunicazione medesima.

Nel caso di mancato rispetto dei termini di preavviso da parte del Medico Responsabile, l'Associazione tratterà a titolo di penale una cifra pari al compenso mensile corrisposto.

L'Associazione può rescindere con decorrenza immediata il presente contratto in ogni momento in caso di controversie da attribuirsi al professionista incaricato, o nel caso in cui lo stesso contravvenga, senza giustificati e documentati motivi, alle condizioni di cui al presente disciplinare.

La suddetta rescissione è comunicata mediante raccomandata con avviso di ricevimento indicante la motivazione.

In questo caso al Medico sarà dovuta solo una quota dell'onorario concordato proporzionale al periodo per il quale l'attività è stata effettivamente svolta fino al manifestarsi dell'evento causa della recessione.

#### **ART.9 – Assicurazione di responsabilità civile**

Il Medico si impegna a stipulare apposita ed adeguata polizza assicurativa per i rischi di ogni natura derivanti dall'incarico affidato e di fornirne idonea prova all'Associazione.

#### **ART.10 – Compenso professionale**

Per l'incarico assegnato nel presente disciplinare e per tutti gli oneri direttamente ed indirettamente da esso derivanti alla Dott.ssa De Angelis Monica sarà corrisposto il compenso annuo di € 21,000,00 + IVA al 22%, stabilito nella delibera assembleare del 17/12/2014 oltre all'utilizzo di telefono cellulare messo a disposizione dall'Avis Comunale di Roma e rimborso spese per partecipazione ad attività fuori comune nell'interesse dell'Associazione, comprensivo di quote per corsi di aggiornamento e formazione. Fatta eccezione per le prestazioni effettuate nelle Unità di raccolta che verranno liquidate come da rimborsi stabiliti mediante protocollo 90/12/RR/Sd.

Il compenso dovuto al Medico avrà una cadenza mensile e verrà posto in pagamento entro 10 giorni dalla presentazione di regolare fattura previo benestare del Rappresentante legale, Sig Bosco Biagio, sulla regolarità di esecuzione dell'attività oggetto del presente disciplinare.

In relazione alle prestazioni rese nell'ultimo mese, si procederà al pagamento solo se corredate dalla relazione riassuntiva dell'attività di cui all'art. 3.3 del presente disciplinare.

#### **ART.11 – Penali**

Nell'esecuzione dell'incarico professionale il Medico è tenuto a rispettare le scadenze fissate nel presente disciplinare o quelle puntualmente concordate successivamente con la Direzione dell'Associazione.

Nelle ipotesi di inadempimento o di ritardata esecuzione delle prestazioni oggetto del presente disciplinare, per cause imputabili al Medico sarà applicata per ogni giorno di ritardo, rispetto alla scadenze previste o concordate fra le parti, una penale pari a 10,00 euro.



**ART.12- Parere di congruità dell'Ordine e controversie**

Qualora per iniziativa dell' Associazione e/o del Professionista incaricato si decidesse di sottoporre il presente disciplinare al parere di congruità da parte dell'Ordine Professionale competente, i diritti spettanti all'Ordine saranno a carico dell'Associazione e del Professionista incaricato in parti uguali, salvo diverse disposizioni di Legge.

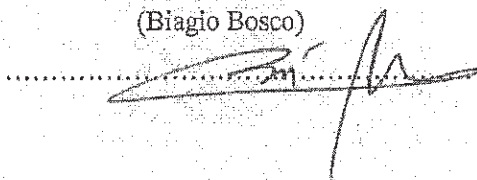
**ART.13 – Controversie relative al disciplinare**

Per ogni controversia relativa al presente contratto le parti dichiarano di eleggere, quale unico foro competente, quello di Roma.

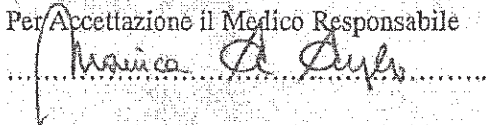
Roma, il 21/12/2015

Il Responsabile Legale

(Biagio Bosco)



Per Accettazione il Medico Responsabile







## Curriculum Vitae Europass

### Informazioni personali

Cognome/Nome	<b>De Angelis Monica</b>
Indirizzo	10, Via Cerreto di Spoleto, 00181, Roma, Italia
Telefono	+39 3476090245
Fax	
E-mail	<a href="mailto:modeangelis75@gmail.com">modeangelis75@gmail.com</a>
Cittadinanza	Italiana
Data di nascita	20/06/1975
Sesso	F

### Esperienza professionale

Date (da Gennaio 2014 ad oggi)	Attività libero professionale svolta c/o la casa di cura Quisisana
Lavoro o posizione ricoperti	Aiuto
Principali attività e responsabilità	Aiuto attività chirurgica, attività ambulatoriale ed assistenza durante il ricovero
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di Cura "Quisisana" - Via G. Giacomo Porto, 5 - Roma
Tipo di attività o settore	Chirurgia mini-invasiva e tradizionale
Date (da Gennaio 2014 ad oggi)	Attività libero professionale svolta c/o la casa di cura Madonna della Fiducia
Lavoro o posizione ricoperti	Aiuto
Principali attività e responsabilità	Aiuto attività chirurgica, attività ambulatoriale ed assistenza durante il ricovero
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Casa di Cura "Madonna della Fiducia" - Via Cesare Correnti, 6 - Roma
Tipo di attività o settore	Chirurgia mini-invasiva e tradizionale
Date (da Novembre 2009 ad oggi)	Attività libero professionale svolta c/o il presidio di primo soccorso di Poste Italiane
Lavoro o posizione ricoperti	Medico di primo soccorso
Principali attività e responsabilità	Medico addetto al Primo Soccorso c/o la Sede Centrale di Roma EUR e/o CMP Fiumicino Aeroporto
Nome e indirizzo del datore di lavoro	Poste Italiane s.p.a. - V.le Europa 175 Roma
Tipo di attività o settore	Primo soccorso medico

Date (da Novembre 2009 ad oggi)	Attività libero professionale svolta in collaborazione con Avis Comunale Roma
Lavoro o posizione ricoperti	Responsabile Unità di Raccolta
Principali attività e responsabilità	Vigilanza delle attività di raccolta sangue intero e del sistema qualità
Nome e indirizzo del datore di lavoro	AVIS (Associazione Volontari Italiani Sangue) - Via Imperia, 2 - Roma
Tipo di attività o settore	

Date (da Nov. 2009 a Ott. 2013)	Attività svolta in qualità di medico chirurgo
Lavoro o posizione ricoperti	Medico specialista frequentatore
Principali attività e responsabilità	Attività di sala operatoria, reparto, day surgery e ambulatorio chirurgico
Nome e indirizzo del datore di lavoro	A.O. San Giovanni – Addolorata, Via di S. Giovanni in Laterano, 149 - Roma
Tipo di attività o settore	Medico frequentatore reparto II <sup>a</sup> Chirurgia (chirurgia mini-invasiva)

### **Istruzione e formazione**

Date (11/06/2016)	<b>Corso di formazione retraining BLS-D</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di BLS-D esecutore
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Rianimazione cardiopolmonare di base e defibrillazione precoce
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Regione Lazio ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza sanitaria)

Date (22/06/2012)	<b>Corso di formazione per responsabili Assicurazione Qualità delle Unità di Raccolta del sangue ed emocomponenti</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di partecipazione
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Responsabile gestione sistema di qualità nelle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Istituto Superiore di Sanità

Date (14/09/2010)	<b>Corso base di chirurgia robotica</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di partecipazione
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Tecniche base di chirurgia robotica

Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Dipartimento di Scienze Chirurgiche – U.O.C. di Chirurgia generale e mini-invasiva – Centro Nazionale di Chirurgia Laparoscopica e Robotica (ACOI)
Date (29/04/2010)	<b>Corso teorico-pratico di chirurgia laparoscopica avanzata colon-rettale</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Attestato di partecipazione
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Tecniche laparoscopiche di chirurgia colon-rettale (IV blocco operatorio)
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Dipartimento di Scienze Chirurgiche – U.O.C. di Chirurgia generale e mini-invasiva – Centro Nazionale di Chirurgia Laparoscopica e Robotica (ACOI)
Date (29/10/2009)	<b>Conseguimento Specialità in Chirurgia Generale</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Specialista in chirurgia generale
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Tesi di Specializzazione: "Lesioni maligne primitive e secondarie del fegato nei pazienti anziani – trattamento di scelta"
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	I <sup>a</sup> Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale – Università degli Studi di Roma "Sapienza"
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	70/70 e lode
Date (27/07/2004)	<b>Abilitazione professionale</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Abilitazione all'esercizio della professione di Medico chirurgo (n. iscrizione M53646)
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Tirocinio pratico Chirurgia generale, Medicina Interna, Ginecologia
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Roma "Sapienza" – Facoltà di Medicina e Chirurgia
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	110/110
Date (20/11/2003)	<b>Diploma di Laurea</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Laurea in Medicina e Chirurgia
Principali tematiche/competenza professionali possedute	Tesi di Laurea sperimentale: "Fattori prognostici nel carcinoma del pancreas esocrino"
Nome e tipo d'organizzazione erogatrice dell'istruzione e formazione	Università degli Studi di Roma "Sapienza"
Livello nella classificazione nazionale o internazionale	110/110 e lode
Date (dal Nov 2001 a Luglio 2003)	<b>Frequentatrice c/o il Dipartimento Chirurgico "Pietro Valdoni" – Policlinico Umberto I Roma</b>
Titolo della qualifica rilasciata	Studente "interno"
Principali	Sala operatoria, reparto, day surgery, ambulatorio chirurgico

tematiche/competenza  
professionali possedute

Nome e tipo  
d'organizzazione erogatrice  
dell'istruzione e formazione

Università degli Studi di Roma "Sapienza"

Date (Luglio 1994)

**Conseguimento Maturità Scientifica**

Titolo della qualifica  
rilasciata

Diploma maturità scientifica

Principali  
tematiche/competenza  
professionali possedute

Nome e tipo  
d'organizzazione erogatrice  
dell'istruzione e formazione

Liceo Scientifico Statale "Pitagora" – Roma

### Capacità e competenze personali

Madrelingua

Italiano

Altra(e) lingua(e)

Inglese

Autovalutazione

Livello europeo (\*)

Inglese

Comprensione		Parlato		Scritto	
Ascolto	Lettura	Interazione orale	Produzione orale		
B2	B2	B1	B1	B1	

(\*) Quadro comune europeo di riferimento per le lingue

Capacità e competenze  
sociali

Buona capacità relazionale con colleghi e con pazienti

Capacità e competenze  
organizzative

Buona capacità organizzativa del personale e dell'ambiente di lavoro.  
Buona capacità di adattamento ai cambiamenti delle mansioni, della logistica e dell'equipe

Capacità e competenze  
tecniche

Buona manualità nella piccola e media chirurgia

Capacità e competenze  
informatiche

Buona conoscenza dei sistemi operativi Windows XP, VISTA, Internet explorer; dei pacchetti applicativi Office (Word, Excel, Powerpoint, Outlook)

### Ulteriori informazioni

#### Pubblicazioni

- **Surgical Anatomy of the stomach.** F. Ruotolo, M. De Angelis, G. Alfano, I. Monsellato. A. D'Annibale. Gastric cancer: from staging to surgical treatment. Procedures, complication and oncological results. I edition, 09/12: chapter 1; pages 13; Nova Science Publishers, Inc; ISBN: 978-1-62081-294-5
- **Robotic adrenalectomy: technical aspects, early results and learning curve.** A. D'Annibale, G. Lucandri, I. Monsellato, M. De Angelis, G. Pernazza, G. Alfano, P. Mazzocchi, V. Pende. Int J Med. Robotics Comput Assist Surg (2012)
- **Surgical treatment of pancreatic head carcinoma in elderly patients.** Brozzetti S, Mazzoni G, Miccini M, Puma F, De Angelis M, Cassini D, Bettelli E, Tocchi A, Cavallaro A. Arch Surg 2006;141(2):137-42
- **Low correspondence between K-ras mutations in pancreatic cancer tissue and detection of K-ras mutations in circulating DNA.** Marchese R, Muleti A, Pasqualetti P, Bucci B, Stigliano A, Brunetti E, De Angelis M, Mazzoni G, Tocchi A, Brozzetti S. Pancreas 2006;32(2):171-7

- **Treatment of giant intramuscular emangioma: a multistep approach in three patients.** Brozzetti S, Polistena A, De Angelis M, Bononi M, Miccini M, Mazzoni G, Tocchi A. *Anticancer Res.* 2005; 25 (3c):2417-21
- **Il carcinoma colon rettale nel giovane. Fattori prognostici.** Miccini M, Mazzoni G, Cassini D, Bettelli E, Colace L, De Angelis M, Brozzetti S, Tocchi A. *G. Chir* 2005;26(10):365-70
- **Tumori in età geriatrica. Il carcinoma pancreatico.** Brozzetti S, De Angelis M, Paganelli M, Polistena A, Cavallaro A. *Minerva Med.* 2002; vol 93 suppl. 1 n. 4:59-62

#### Lavori pubblicati su atti di congressi

- **Chirurgia dell'apparato digerente nell'anziano. I tumori primitivi del fegato.** Tocchi A, Mazzoni G, Brozzetti S, Miccini M, Bettelli E, Cassini D, De Angelis M, Paganelli M. *Atti VII Congr Naz Tumori in età geriatrica.* Lucca 25-27 Settembre 2003; 102- 112
- **Il trattamento chirurgico delle metastasi epatiche da carcinoma colo-rettale.** Brozzetti S, Mazzoni G, Miccini M, De Angelis M, Paganelli M, Drumo A, Colace L, Tocchi A, Cavallaro A. *Atti VII Congr Naz Tumori in età geriatrica.* Lucca 25-27 Settembre 2003; 113- 125

#### Abstracts

- **Intussuscezione colo-colica da GIST: resezione colica segmentaria laparoscopica con preservazione dei vasi colici sinistri.** Pende V, Monsellato I, Rosito M, Alfano G, De Angelis M, Mazzocchi P, Lucandri G, Pernazza G, D'Annibale A. *XXI Congresso Naz ACOI Videochirurgia Cernobbio* 18-20 Settembre 2011
- **Pancreasectomia centrale robotica per cistoadenoma del corpo pancreatico in giovane donna.** Monsellato I, Pende V, Pernazza G, Alfano G, Rosito M, De Angelis M, Mazzocchi P, Lucandri G, D'Annibale A. *XXI Congresso Naz ACOI Videochirurgia Cernobbio* 18-20 Settembre 2011
- **Laparoscopic treatment of diverticular disease in stage III-IV of Hinchey classification: a single center experience.** A D'Annibale, P Mazzocchi, G Alfano, G Pernazza, MDe Angelis. *18th UEGW* 23-27 Ottobre 2010 Barcellona, Spagna
- **Robot-assisted total mesorectal excision in low rectal cancer. Standardized technique and short term results.** Pende V, Pernazza G, Monsellato I, Alfano G, De Angelis M, D'Annibale A. *CRSA Congress 2010* 1-2 Ottobre, 2010 – Chicago, IL, USA (n. 70)
- **Minimally invasive robotic treatment of an epiphrenic esophageal diverticulum.** Pernazza G, Lucandri G, Bascone B, De Angelis M, Monsellato I, D'Annibale A. *CRSA Congress 2010* 1-2 Ottobre, 2010 – Chicago, IL, USA (n. 68)
- **Evaluation of liver function by dynamic tests, Indocyanin Green (ICG) and Hippurate ratio in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) candidate to surgery: preliminary note.** *Intern. Emerg Med* (2010)(Suppl2):S129-227
- **Emicolectomia destra mini-invasiva robotica: descrizione di una tecnica standardizzata.** Monsellato I, Alfano G, Pernazza G, Lucandri G, Pende V, Mazzocchi P, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. *XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia.* Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Trattamento chirurgico mini-invasivo robotico dell'acalasia esofagea.** Alfano G, Monsellato I, Pernazza G, Lucandri G, Pende V, Mazzocchi P, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. *XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia.* Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Resezione anteriore del retto ultrabassa: standardizzazione della tecnica chirurgica mini-invasiva robot-assistita.** Pernazza G, Monsellato I, Alfano G, Lucandri G, Pende V, Mazzocchi P, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. *XX Congresso Nazionale ACOI di video*



chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010

- **Surrenectomia destra e sinistra: standardizzazione della tecnica mini.invasiva robot-assistita.** Alfano G, Monsellato I, Lucandri G, Pernazza G, Pende V, Mazzocchi P, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Fundoplication sec Nissen-Rossetti mini.invasiva robotica.** Pernazza G, Mazzocchi P, Alfano G, Monsellato I, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, Lucandri G, Pende V, D'Annibale A. XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Trattamento chirurgico mini-invasivo robotico di diverticolo esofageo epifrenico.** Monsellato I, Alfano G, Mazzocchi P, Pernazza G, Lucandri G, Pende V, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Trattamento laparoscopico di peritonite da fistola anastomotica dopo resezione anteriore del retto laparoscopica.** Pernazza G, Pende V, Monsellato I, Alfano G, Mazzocchi P, Lucandri G, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, Ferrari R, Paolantonio P, D'Annibale A. XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **Linfoadenectomia D2 in resezione gastrica per malattia neoplastica mini-invasiva robotica.** Alfano G, Monsellato I, Pende V, Pernazza G, Lucandri G, Mazzocchi P, Felicioni F, Rosito M, De Angelis M, D'Annibale A. XX Congresso Nazionale ACOI di video chirurgia. Catania-Acireale, 16-18 settembre 2010
- **A rare case of primary hepatic neuroendocrine tumor.** Brozzetti S, De Angelis M, Drumo A, Cassini D, Nicolanti V, Cavallaro A. 7<sup>th</sup> World Congress of the IHPBA. Edimburgo 3-7 Settembre 2006
- **A rare case of primary hepatic neuroendocrine tumor.** Brozzetti S, De Angelis M, Drumo A, Cassini D, Nicolanti V, Cavallaro A. 7<sup>th</sup> World Congress of the IHPBA. Edimburgo 3-7 Settembre 2006

### Progetti di ricerca

Partecipazione ai progetti di ricerca (Ateneo e Facoltà) istituiti dall'Università degli Studi di Roma "Sapienza" dall'anno 2003 all'anno 2010:

- Ricerca di Facoltà e Ricerca di Ateneo: "Proposta di studio per l'ottimizzazione della diagnosi e della terapia degli epatocarcinomi"; anno 2003 – 2004 (continuazione)
- Ricerca di Facoltà e Ricerca di Ateneo: "Metastasi epatiche da carcinoma del colon-retto: chirurgia estrema"; anno 2005 – 2006 (continuazione)
- Ricerca di Università: "Metastasi epatiche da carcinoma del colon-retto: chirurgia estrema"; anno 2007 (continuazione) – 2008 (continuazione)
- Ricerca di Ateneo Federato: "Metastasi epatiche da carcinoma del colon-retto. Studio pre ed intraoperatorio in decisioni critiche"; anno 2007- 2008 (continuazione)
- Ricerca di Università e di Ateneo Federato: "L'impiego dell'ecografia intraoperatoria nell'identificazione delle metastasi epatiche da cancro del colon-retto"; anno 2009 – 2010 (continuazione)

Roma 07/02/2017

*Antonio De Angelis*

Elenco personale sanitario impiegato nella raccolta del sangue

QUALIFICA	COGNOME	NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	CODICE FISCALE
Medico	AFLORAEI	OANA MARIANA	ROMANIA	01/08/1979	FLRNL79M41Z12VT
Infermiere	AUGURUSA	ANTONIO	FILOGASO (VV)	06/04/1971	GRSNTN71D06D596J
Infermiere	BALLATORE	CLAUDIO	ROMA	20/04/1975	BLCLD75D20H501Y
Infermiere	BRUNO	IVANA	COSENZA	10/11/1962	BRNVNI62SS0D086S
Infermiere	CAMPITELLI	YLENIA	ROMA	12/12/1987	CMPYLN87T52H501B
Infermiere	CIOLLI	DONATELLA	ROMA	27/09/1960	CLLDTL60P67H501F
Medico	COLASANTI	MONICA	ROMA	101/07/1966	CLSMNC66L50H501J
Infermiere	CORTEGIANI	CHIARA	RIETI	18/10/1989	CRTCHR89R58H282B
Medico	DE ANGELIS	MONICA	ROMA	20/06/1975	DNGMNC75H60H501F
Infermiere	FORCELLA	EMANUELE	ROMA	08/06/1985	FRCMNL85H08H501C
Infermiere	GALGANO	EUFEMIA	MATERA (MT)	10/02/1971	GLGFME71B50F052E
Infermiere	GROSSI	VALERIA	ROMA	01/07/1990	GRSVLR90L41H501F
Infermiere	MAIETTA	TIZIANA	ROMA	17/06/1962	MTTITZN62MS7H501A
Infermiere	MILANO	ANTONIO	AMALFI	24/02/1972	MLNNTN72B24A251Z
Medico	PIERONI	ALESSANDRA	JESI	05/06/1977	PRNLSN77H45E388Q
Medico	ROTA	MARIAPINA	CHIAVARI (GE)	04/02/1976	RTOMPN76B44C621R
Medico	SALVETTI	PIETRO	ROMA	09/01/1961	SLVPTR61A09H501H
Medico	SANTANGELO	GIUSI	MELFI (PZ)	08/10/1989	SNTGSI89R48F104I
Infermiere	TOZZI	MARIA PIA	ROMA	27/04/1956	TZZMRP56D67H501K

Il Responsabile U.D.R.

D<sup>ssa</sup> Monica De Angelis

*Monica De Angelis*

A.V.I.S.

Ass. Vol. Ital. del Sangue

Via Imperia, 2 - 00167 ROMA

C.F. 02400640987



REGIONE  
LAZIO



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO REGIONALE

Si certifica che

**Chiru Oana Marilena**

Ha frequentato i Corsi regionali teorico – pratici per la formazione e l'aggiornamento dell'attività sanitaria di competenza ai sensi della Legge 219/2005, art 21, comma 8 e dell'Accordo Stato-Regioni del 25-07-2012

### I RESPONSABILI

*Silvia Castorina*

D.ssa Silvia Castorina

Direttore

Centro Regionale Sangue-Lazio

*Carla Gargiulo*

D.ssa Carla Gargiulo

Responsabile Attività di Donazione di Sangue e Compensazione

Centro Regionale Sangue-Lazio

Roma, 29 gennaio 2015

Au. 2 D



Centro Regionale Sangue - LAZIO



## ATTESTATO REGIONALE

Si certifica che il/la

Sig./Dott. GROSSI VALERIA

Ha frequentato il 4 ° Corso Regionale Teorico

*Formazione e Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del Personale Medico e Infermieristico  
addeito alle attività di raccolta del Sangue e degli Emocomponenti*

(come da Accordo tra Stato, Regioni e Prov. Aut. di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012)

### I RESPONSABILI

*Silvia Castorina*

D.ssa Silvia Castorina

Direttore

Centro Regionale Sangue-Lazio

*[Signature]*

REGIONE LAZIO

CENTRO REGIONALE SANGUE

30 Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini

Ospedale Forlanini - Settore E - piano I

Piazza Forlanini, 1 - 00151 ROMA

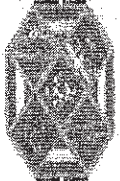
*[Signature]*

D.ssa Carla Gargiulo

Responsabile Attività di Donazione di Sangue e Compensazione

Centro Regionale Sangue-Lazio

Roma, 30 Giugno 2014



REGIONE  
LAZIO

Centro Regionale Sangue



## ATTESTATO REGIONALE

Si certifica che il/la

Sig./Dott. GROSSI VALERIA

Ha frequentato i Corsi regionali teorico – pratici per la formazione e l'aggiornamento dell'attività sanitaria di competenza ai sensi della Legge 219/2005, art 21, comma 8 e dell'Accordo Stato-Regioni del 25-07-2012

### I RESPONSABILI

*Silvia Castorina*

D.ssa Silvia Castorina  
Direttore  
Centro Regionale Sangue-Lazio

*Carla Gargiulo*

D.ssa Carla Gargiulo  
Responsabile Attività di Donazione di Sangue e Compensazione  
Centro Regionale Sangue-Lazio

Roma, 09 ottobre 2014





Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO REGIONALE

Si attesta che

MARIA PINA ROTA

ha partecipato al

*Corso di Aggiornamento*

*"LA QUALITA' IN UN SISTEMA COMPLESSO: DAL DONO AL  
PLASMA DERIVATO"*

tenutosi presso l'Aula Magna Ospedale Carlo Forlanini

27 febbraio 2013

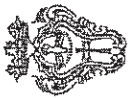
I RESPONSABILI DEL CORSO

D.ssa Maria Cristina Martorana

*Maria Cristina Martorana*

D.ssa Carla Gorgiulo

*Carla Gorgiulo*



SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA  
ISCRITA NEL REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE TENUTO PRESSO LA REGIONE LAZIO  
CERTIFICATA ISO 9001 : 2008 N 1174904/S

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

**Tiziana MAITTA**

II CORSO DI AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE OPERANTE NELLE  
UDR DEL SANGUE, NEL RISPETTO DEI REQUISITI MINIMI RICHIESTI  
DALLA RECENTE NORMATIVA

(per l'accreditamento dei Servizi Trasfusionali)

Responsabili dell'evento: Prof. Luca Pierelli - Dott. Michele Vacca

AO S. Camillo-Forlanini, Padiglione Cesalpino e Sala Prelievi Donatori  
Roma, 11 - 22 Aprile 2013

I Responsabili dell'evento

Prof. Luca Pierelli - Dott. Michele Vacca

*Luca Pierelli*

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA

ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE PERSONE GIURIDICHE TENUTO PRESSO LA REGIONE LAZIO  
CERTIFICATA ISO 8001 : 2000 N 11749/04


Si attesta che **Maietta Tiziana**

nato/a a ..... (....) il .....

ha partecipato in qualità di Discente nei giorni 13 a 22 Aprile 2013, all'evento ECM  
rif. 471-56008, accreditato per e infermieri, dal titolo: **"II CORSO DI  
AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE OPERANTE NELLE Udr DEL  
SANGUE, NEL RISPETTO DEI REQUISITI MINIMI RICIESTI DALLA  
RECENTE NORMATIVA (per l'accreditamento dei servizi trasfusionali)"** diretto  
dal Prof. Luca Pierelli e dal Dottor Michele Vacca ed organizzato dalla Scuola Medica  
Ospedaliera dall'11 al 22 Aprile 2013 presso l'Ospedale San Camillo-Padiglione  
Cesalpino, Cir.ne Gianicolense, 87 e Ospedale Forlanini-Sala Prelievi Donatori, Via  
Portuense, 332-Roma.

Roma, ...22-Aprile 2013.....

I Responsabili dell'Evento  
Prof. L. Pierelli Dottor M. Vacca





# CERTIFICATO

Si certifica che

**Antonio Milano**

ha completato il corso

**Raccolta sangue ed emocomponenti: aggiornamento 1° EDIZIONE**

24 maggio 2016

Valutazione del corso: 75,80

Ore di formazione: 22 h

Direttore scientifico : Dott.ssa R. Citranese - Il presente documento attesta la partecipazione con profitto al corso teorico

T0806qGEqgF



# CROCE ROSSA ITALIANA

COMITATO LOCALE DI MARINO

Comune di Marino - Rocca Di Papa - Castel Gandolfo - Albano Laziale

Via Pietro Nenni, 6 - 00047 Marino - (RM)

TEL. 06/9367167 - Fax 06/9387334 - C.F. 01906810583 - P.I. 01019341005

## GRUPPO DONATORI SANGUE

Data 21-4-2012

Ora: \_\_\_\_\_

donatore L'INFERMIERA VOLONTARIA MARIA PIA TORTI

nato a ROMA (RM) il 27/4/1956

residente a ANGUILLARA SABAZIA (RM) c.a.p. 00061

via/p.za VIA ANGUILLARESE n° 486

documento di riconoscimento PATENTE

n° RM383227V rilasciato il 27/04/2010

**HA PRESTATO SERVIZIO IN QUALITA' DI PRELETRICE  
dal 2010 al 2012**

- ☐ Ha effettuato in data odierna una donazione di sangue intero;
- ☐ Non ha potuto effettuare in data odierna una donazione di sangue;
- ☐ Si è presentato in data odierna, su nostra convocazione per effettuare esami di controllo.

La presente dichiarazione in carta semplice viene rilasciata in base alla legge 13/07/1967, n° 584 ed all'art. n° 6 del D.M. 08/04/1968, agli art. 13 e 14 della legge n° 107 del 04/05/1990.



Il Medico  
Responsabile del Prelievo  
Dott. FERRARI ERNESTO  
ASL RM H - OSPEDALE DI VELLETRI  
SERVIZIO TRASFUSIONALE  
(timbro e firma)  
1081200541873004





Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

**AUGURUSA ANTONIO**

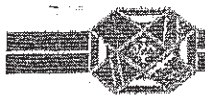
ha partecipato al

*I Corso Teorico/Pratico per Operatori Sanitari delle Associazioni e  
Federazioni Donatori di Sangue addetti alle Unità di Raccolta*  
tenutosi a Roma presso l'Aula Magna Ospedale Forlanini il giorno 13 Luglio 2011

I RESPONSABILI DEL CORSO

Dott.ssa Maria Cristina Mantorano

Dott.ssa Carla Gargiulo



REGIONE  
LAZIO



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO REGIONALE

Si attesta che

**BALLATORE CLAUDIO**

ha partecipato al

**Corso Regionale**

**"PER IL PERSONALE AFFERENTE ALLE ASSOCIAZIONI E/O**

**FEDERAZIONI DONATORI VOLONTARI DI SANGUE:**

**RESPONSABILI UNITA' DI RACCOLTA,**

**DIRETTORI SANITARI,**

**PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO**

**GIA' OPERATIVO IMPEGNATO NELLA RACCOLTA SANGUE"**

tenutosi presso l'Aula Magna "Raeli"

Dipartimento Giurisprudenza Università degli studi di Roma Tor Vergata

20-21 marzo 2013

I RESPONSABILI DEL CORSO

D.ssa Maria Cristina Martorana

D.ssa Carla Gargiulo

Dott. Francesco Faga





Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

**BRUNO IVANA**

ha partecipato al

6° Corso Teorico/Pratico


*Formazione e Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del Personale Medico e Infermieristico addetto alle attività di raccolta del Sangue e degli Emocomponenti (come da Accordo tra Stato, Regioni e Prov. Aut. di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012)*

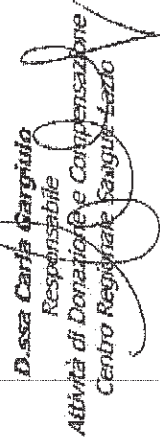
~~tenutosi presso la Sala Sofferino~~

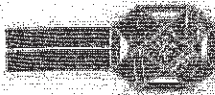
Croce Rossa Italiana  
Via Bernardino Ramazzini 31, Roma

Edizione, 22 maggio 2015

I RESPONSABILI DEL CORSO

  
D.ssa Silvia Castorina  
Direttore  
Centro Regionale Sangue  
Lazio

  
D.ssa Carla Gargiulo  
Responsabile  
Attività di Donazione e Confezionamento  
Centro Regionale Sangue Lazio



REGIONE  
LAZIO



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO REGIONALE

Si attesta che

*CAMPITELLI YLENIA*

ha partecipato al

*Corso Regionale*

*"PER IL PERSONALE AFFERENTE ALLE ASSOCIAZIONI E/O  
FEDERAZIONI DONATORI VOLONTARI DI SANGUE,  
RESPONSABILI UNITA' DI RACCOLTA,  
DIRETTORI SANITARI,  
PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO  
GIÀ OPERATIVO IMPEGNATO NELLA RACCOLTA SANGUE"*

tenutosi presso l'Aula Magna "Raelli"

Dipartimento Giurisprudenza Università degli studi di Roma Tor Vergata

20-21 marzo 2013

I RESPONSABILI DEL CORSO

D.ssa Maria Cristina Martorana

D.ssa Carla Gargiulo

Dott. Francesco Faga





REGIONE  
LAZIO

Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

**CIOLLI DONATELLA**

ha partecipato al

*I Corso Teorico/Pratico per Operatori Sanitari delle Associazioni e  
Federazioni Donatori di Sangue addetti alle Unità di Raccolta*

tenutosi a Roma presso l'Aula Magna Ospedale Forlanini il giorno 13 Luglio 2011

Dott.ssa Maria Cristina Martorana

I RESPONSABILI DEL CORSO

Dott.ssa Carla Gargiulo



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO REGIONALE

Si attesta che

**CORTEGIANI CHIARA**

ha partecipato al

**3° Corso Teorico/Pratico**

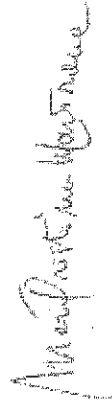
*“Formazione ed Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del Personale Medico ed Infermieristico addetto alle attività di raccolta del Sangue e degli Emocomponenti”*

tenutosi presso l'Aula Anfiteatro Università Policlinico Tor Vergata

Edizione 24 e 25 giugno 2013

I RESPONSABILI DEL CORSO

D.ssa Maria Cristina Martorana



Dott. Francesco Faga



D.ssa Carla Gargiulo







Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

DE ANGELIS MONICA

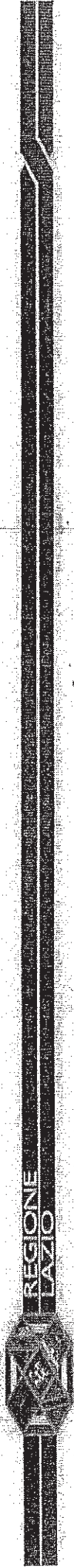
ha partecipato al

*I Corso Teorico/Pratico per Operatori Sanitari delle Associazioni e  
Federazioni Donatori di Sangue addetti alle Unità di Raccolta*  
tenutosi a Roma presso l'Aula Magna Ospedale Forlanini il giorno 13 Luglio 2011

I RESPONSABILI DEL CORSO

Dott.ssa Maria Cristina Martorana

Dott.ssa Carla Gargiulo



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

**GALGANO EUFEMIA**

ha partecipato al

*Corso Teorico/Pratico*

*“L'applicazione dei Requisiti Minimi inerenti le Sale Donazioni e le Unità di Raccolta”  
per Operatori Sanitari (Medici ed Infermieri) addetti alle Donazioni*

tenutosi presso il Policlinico Militare di Roma Piazza Celimontana, 50 Aula LISAI 2° piano

Edizione 24 Novembre 2011

I RESPONSABILI DEL CORSO

D.ssa Maria Cristina Martorana

Col. Med Roberto Bassetti



D.ssa Carla Gargiulo





REGIONE  
LAZIO



Centro Regionale Sangue - LAZIO

## ATTESTATO REGIONALE

Si certifica che il/la

Sig./Dott. PIERONI ALESSANDRA


VI


Ha frequentato il 4 ° Corso Regionale Teorico

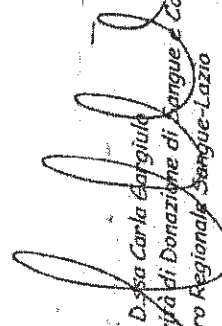
*Formazione e Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del Personale Medico e Infermieristico  
addetto alle attività di raccolta del Sangue e degli Emocomponenti*

(come da Accordo tra Stato, Regioni e Prov. Aut. di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012)

### I RESPONSABILI

  
D.ssa Silvia Castorina  
Direttore  
Centro Regionale Sangue-Lazio

  
REGIONE LAZIO  
CENTRO REGIONALE SANGUE  
10 Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini  
Ospedale Forlanini - Settore E - piano 1  
P.zza Forlanini, 1 - 00151 ROMA

  
D.ssa Carla Giorgi  
Responsabile Attività di Donazione di Sangue e Compensazione  
Centro Regionale Sangue-Lazio

Roma, 30 Giugno 2014





## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

Forcella Emanuele

Ha partecipato al

I Corso Teorico - Pratico per Operatori Sanitari addetti alle unità di raccolta sangue  
delle Forze Armate e della Croce Rossa.

Tenutosi il 23/01/2012 presso il Policlinico Militare di Roma - Piazza Celimontana, 50

I responsabili del corso

Col med Roberto Rossetti

Prof. Gaspare Adorno



PTV  
PUBBLICITÀ TV



REGIONE  
LAZIO



Centro Regionale Sangue

## ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

Si attesta che

**SANTANGELO GIUSI**

ha partecipato al

6° Corso Teorico/Pratico

**Formazione e Acquisizione delle Competenze per la Qualificazione del Personale Medico e Infermieristico addetto alle attività di raccolta del Sangue e degli Emocomponenti**  
(come da Accordo tra Stato, Regioni e Prov. Aut. di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012)

tenutosi presso la Sala Solferino

Croce Rossa Italiana

Via Bernardino Ramazzini 31, Roma

**Edizione, 22 maggio 2015**

**I RESPONSABILI DEL CORSO**



**Dr.ssa Silvia Castorina**

Direttore

Centro Regionale Sangue

Lazio

  
**Dr.ssa Carla Gargiulo**

Responsabile

Attività di Donazione e Compensazione

Centro Regionale Sangue Lazio



**SCHEDA ADESIONE**

**Au. 2E**

Polizza di Assicurazione

**AmTrust Nurse&Care**

**per Sanitari non Medici, Dipendenti di Aziende Sanitarie e/o Liberi Professionisti**

Convenzione **Am Trust Europe Limited** N° ITDMM16A2037761200000

Polizza **Am Trust Europe Limited** N° ITDMM16A203776121360

Scadenza Polizza Conv. **31/12/2019**

Condizioni di polizza e fascicolo informativo sono scaricabili dal sito [www.underwriting.it/prodotti](http://www.underwriting.it/prodotti)

ASSICURATO INDIRIZZO - CAP - COMUNE - PROVINCIA - C.F.

ASSICURATO: **TOZZI MARIA PIA**

INDIRIZZO: VIA ANGUILLARESE 116 - 00061 - ANGUILLARA SABAZIA (RM)

COD. FISCALE: TZZMRP56D67H501K

QUALIFICA DELL'ASSICURATO: ALTRO PERSONALE DEL COMPARTO SANITARIO NON MEDICO

ATTIVITÀ: INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA

AZIENDA PRESSO LA QUALE È SVOLTA L'ATTIVITÀ RAGIONE SOCIALE - INDIRIZZO - CAP - COMUNE - PROVINCIA

EFFETTO

**30/04/2016**

SCADENZA PROSSIMA RATA

**30/04/2017**

MASSIMALE PER ANNO, PER SINISTRO E PER SINGOLO ASSICURATO

**€ 5.000.000,00**

PERIODO DI RETROATTIVITÀ

**5 (cinque) anni**

CONTEGGIO PREMIO ALLA FIRMA

PREMIO NETTO

IMPOSTE

PREMIO LORDO

**€ 49,07**

**€ 10,93**

**€ 60,00**

CONTEGGIO PREMIO RATE FUTURE

PREMIO NETTO

IMPOSTE

PREMIO LORDO

**€ 49,07**

**€ 10,93**

**€ 60,00**

CONTRAENTE

**CSMM Centro Studi Medical Malpractice**

**Via San Vincenzo 3 - 20123 Milano MI - C.F. 97598560155**

AGENZIA INCARICATA ALLA GESTIONE DELLA CONVENZIONE DALL'ASSOCIAZIONE

**UA Underwriting Agency Srl**

**Viale San Michele del Carso 11 - 20144 Milano MI**

**Tel. (+39) 02.87.19.80.99 - Fax (+39) 02.87.15.22.60**

**E-mail: [info@underwriting.it](mailto:info@underwriting.it)**

Il pagamento del premio è stato effettuato in data **11/05/2016**

Emesso in Milano il **09/05/2016**

**PAGATO**

**11/05/2016**

**ASSIMEDICI**

2227

**Atto di variazione**  
**Multirischi del Professionista**  
Scheda di Polizza

**UnipolSai** PROFESSIONISTA  
MUTUALITÀ

NUMERO POLIZZA 1/39199/122/148172458/1  
AGENZIA ROMA CODICE SUBAGENZIA 12

**Contraente/Assicurato** AFLOROEI OANA MARILENA  
**Indirizzo** VIA BERNA, 4 - 00071 POMEZIA - RM  
**Codice Fiscale** FLRNRL79M41Z12VT

DATI GENERALI			
Effetto variazione	02/12/2016	Scadenza polizza	02/12/2017
Scadenza prima rata	02/12/2016	Frazionamento premio	SEMESTRALE
Convenzione	NO	Campagna di vendita	NO
Vincolo	NO	Tacito rinnovo	NO
Regolazione Premio	NO	Indicizzazione	NO

PREMI IN EURO					
PREMI DI RATA	Netto	Oneri per il frazionamento	Imponibile	Imposte	TOTALE
Rata alla firma					
Rata successive	185,28		185,28	41,22	226,50
PREMI DI SEZIONE					
Responsabilità Civile	370,55				
PREMIO ANNUO IN EURO					453,00

Con il presente atto di variazione le Parti convengono che il contratto è prestato per le garanzie e con i limiti di seguito precisati.

GARANZIE VALIDE PER I BENI ASSICURATI
PROFESSIONISTA

**Assicurato:** AFLOROEI OANA MARILENA  
**Data Nascita:** 01/08/1979 **Sesso:** F **C.F.:** FLRNRL79M41Z12VT  
**Attività professionale:** 30120 Medici assistenza primaria e pediatri libera scelta  
**Classe di rischio:** 13 Medico convenzionato con il servizio Sanitario Pubblico  
**Ubicazione dell'ufficio/studio - Indirizzo:** VIA BERNA 4  
**Cap:** 00071 **Comune:** POMEZIA RM

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE	Massimale	Premio annuo netto EURO
Garanzie prestate		
RCT/RCO - Responsabilità civile professionale	1.000.000,00	370,55
la garanzia è operante con applicazione della franchigia e scoperto prevista nell'art. denominato "FRANCHIGIA/SCOPERTO"		

INFORMAZIONI RELATIVE AL PREMI
--------------------------------

Il presente contratto:

- È soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti
- I mezzi di pagamento consentiti dall'impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.
- Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza semestrale

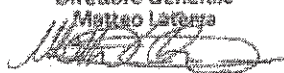
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
---

Il Contraente dichiara

- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
- non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente;
  - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate;
  - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati.

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Direttore Generale  
Matteo Latenza





1 004 00001 00117324321

2227

**Atto di variazione**  
**Multirischi del Professionista**  
Scheda di Polizza

**Unipol** PROFESSIONE  
MEDICO

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA

1/39199/122/148172458/1  
ROMA

CODICE SUBAGENZIA

12

Emessa il 01/12/2016

Il pagamento del premio è stato effettuato il \_\_\_\_\_

L'Agente o l'Incaricato  
\_\_\_\_\_



R.C. Professionale Operatori Sanitari  
Frontespizio di Polizza N° RCPMEDICALCLUB/051000/1/00658

Classe di provenienza: Proveniente da altra forma tariffaria	Classe di assegnazione: CLASSE 1
---	-------------------------------------

## CONTRAENTE

COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE				
COLASANTI MONICA				
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM		LOCALITA' COMUNE	PROV.	C.A.P.
VIA DEI BRUNO, 54		ROMA	RM	00168
CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.	COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PROV.
CLSMNC66L50H501J		ROMA	10/07/1966	RM

## MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO

PER SINISTRO	PER ANNO
€ 1.000.000,00	€ 1.000.000,00

## PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI

PREMIO ALLA FIRMA	PREMIO ANNUO	DECORRENZA DALLE ORE 24:00 DEL	SCADENZA ALLE ORE 24:00 DEL	FRAZIONAMENTO
€ 787,72 (includere imposte del 22,25%)	€ 787,72 (includere imposte del 22,25%)	30/06/2016	30/06/2017	ANNUALE

SE L'ADERENTE E' UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETA' LA GARANZIA E' PRESTATATA PER: ASSICURATO	Nome e Cognome dell'Assicurato	Codice Fiscale
	COLASANTI MONICA	CLSMNC66L50H501J
ATTIVITA' ASSICURATA:	- Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche e batteriologiche - Medico generico o di base - Patologo clinico	
DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:	10/02/2004	

## LISTA GARANZIE

GARANZIA BASE	SI	DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA	NO
GARANZIA BASE SPECIALIZZANDO	NO	SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA	NO
GARANZIA BASE NEOLAUREATO	NO	SCONTO NEOLAUREATO	NO
POLIZZA A SECONDO RISCHIO (GARANZIA BASE)	NO	SALVAGUARDIA NEOLAUREATO	NO
PREMIO RETROATTIVITA'	SI	SCONTO SPECIALIZZANDO	NO
CLAUSOLA SALVAGUARDIA UNO	NO	RATEO PREMIO SPECIALIZZATO	NO

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Polizze in corso per lo stesso rischio:	0
Precedente Assicurazione:	TORUS INSURANCE (UK) LIMITED
Sinistri negli ultimi 5 anni:	0

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il 20/06/2016

## IL CONTRAENTE

LA COMPAGNIA  
PartnerRe Ireland Insurance Limited  
per delega speciale

L'importo di € 787,72 è stato pagato oggi 20/06/2016 alle ore \_\_\_\_\_ in mie mani. L'Esattore

CLUB MEDICI SERVICE SRL

via G. B. De Rossi, 20/22 00146 Roma

P.IVA 08221321500

# SCHEDA DI COPERTURA



Broker /Agente di Assicurazioni:	ASSIVAL SAS
Corrispondente del Lloyd's:	ICS SRL
Periodo di Assicurazione:	COME INDICATO NEL MODULO (DURATA DELL'ASSICURAZIONE)
Denuncia sinistri:	www.chiplondon.com
Numero progressivo:	T154509840
Rif. Assicurato:	NON APPLICABILE

Assicurato/i:	DE ANGELIS MONICA
Professione:	MEDICO
Medico Specializzato/Specializzando:	COME DA QUESTIONARIO ALLEGATO RELATIVAMENTE ALLA SINGOLA SPECIALIZZAZIONE
Attività/Specializzazione:	CHIRURGIA GENERALE
Struttura sanitaria pubblica:	NON APPLICABILE
Estensione Territoriale:	COME INDICATO NEL TESTO DI POLIZZA ALLEGATO
Limite di indennizzo (per persona, per sinistro e per anno assicurativo):	EURO 500.000,00
Franchigia per ogni sinistro (importo a carico dell'Assicurato):	NESSUNA
Data di retroattività dalle ore 00:01 del:	31-DIC-2009
Condizioni Speciali:	ESCLUSIONE ATTI INVASIVI NON OPERATIVA

SPEDIRE IN UN SOLO ESEMPLARE

DE LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS LLOYDS

Data

L'Assicurato o il Contraente





LLOYD'S

YOUR  
INSURANCE  
**DOCUMENTS**  
SECURING YOUR PEACE OF MIND



## CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Salvo che sia diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's  
Corso Garibaldi, 86  
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

## RECLAMI

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

### Servizio Reclami

Ufficio Italiano dei Lloyd's  
Corso Garibaldi, 86 - 20121 Milano - Italia  
Fax no.: +39 02 6378 8857  
E-mail: [servizioreclami@lloyds.com](mailto:servizioreclami@lloyds.com) o [servizioreclami@pec.lloyds.com](mailto:servizioreclami@pec.lloyds.com)

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

### Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

via del Quirinale 21 - 00187 Roma - Italia  
Tel.: 800 486661 (dall'Italia)  
Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)  
Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353  
E-mail: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link:  
<http://www.ivass.it>

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

### Complaints Team

Lloyd's  
One Lime Street  
London EC3M 7HA  
United Kingdom  
Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696  
E-mail: [complaints@lloyds.com](mailto:complaints@lloyds.com)

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

# MODULO



Codice Ramo	Cod. Corrispondente	N° Lloyd's Broker	Codice Doc.	Cover Note / Binder
4	112623 EMD	WLM 801	B	24 mar 2016 / 7 - 33207P16
Tipo di assicurazione: RC Professionale Infermieri Nuovo Il presente Modulo forma parte integrante del Certificato N° DSNZ0057197				UMR: B080133207P16

Nome dell'Assicurato o Contraente: Grossi Valeria  
Indirizzo : Via F. Stroppiana 33  
CAP e Città : 00123 Roma - RM (ITALIA)  
Codice Fiscale/Partita IVA : GRSVLR90L41H501F

Durata dell'Assicurazione -  
dalle ore 24:00 del 30/04/2016 alle ore 24:00 del 30/04/2017  
Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto: 30/04/2016

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati al presente Modulo:

<b>Quota Lloyd's:</b> 100,00%			
Numero e percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:			
1218	100,00%	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
			100,00%

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)

Premio ( Euro ):

Rischio	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
4,245 RC Professionale	47,44	0,00	47,44	10,56	58,00
-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>47,44</b>	<b>0,00</b>	<b>47,44</b>	<b>10,56</b>	<b>58,00</b>

Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente

Rata dovuta al	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-

Modalità del pagamento del Premio: Annuale

Data  
01 luglio 2016

L'Assicurato o il Contraente

**VITTORIO SCALA**  
Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's  
in nome e per conto dei membri sottoscrittori  
che assumono il rischio di cui al presente contratto

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO E LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP (ora IVASS) n° 35 DEL 26/05/2010.

Il Contraente: .....

Il Coverholder dei Lloyd's incaricato alla gestione del presente Certificato è:

Willis General Agency S.r.l.

Il pagamento del Premio per l'importo di ..... è stato fatto in mie mani

in data ..... L'Incaricato .....

**ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE per Infermieri professionali,  
assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia Operatori Socio Sanitari**

**DEFINIZIONI**

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

<b>Assicuratore:</b>	Il sottoscrittore dei Lloyd's of London che sottoscrive la presente polizza
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di Assicurazione.
<b>Broker/Intermediario:</b>	Willis Italia S.p.A.
<b>Certificato di Assicurazione:</b>	Il singolo documento che prova il contratto di Assicurazione.
<b>Contraente/Assicurato:</b>	L' esercente l'attività di infermiere professionale, assistente sanitario o vigilatrice d'infanzia o di Operatore Socio Sanitario secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
<b>Coverholder:</b>	Willis General Agency Srl
<b>Accordo:</b>	il contratto di delega stipulato tra il Coverholder e l' Assicuratore.
<b>Cose:</b>	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Data di pagamento del premio:</b>	la data di "valuta beneficiario" se il pagamento è effettuato a mezzo bonifico bancario o la "data operazione" se il pagamento è effettuato a mezzo carta di credito
<b>Franchigia:</b>	parte del danno risarcibile espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
<b>Massimale:</b>	massimo esborso della Società per ciascun periodo assicurativo annuo e per ciascun Assicurato indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate da ogni Assicurato nello stesso periodo.
<b>Modulo di Adesione:</b>	il documento con cui ciascun Assicurando richiede l'inserimento nella garanzia assicurativa della presente polizza e che costituisce proposta irrevocabile ai sensi dell'Art. 1329 c.c..
<b>Polizza:</b>	il documento che contiene le condizioni di Assicurazione.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta all' Assicuratore.
<b>Richiesta di risarcimento:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;</li><li>- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo.</li></ul>
<b>Sinistro:</b>	la richiesta di risarcimento come sopra definita.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### **Art. 1 - Pagamento del premio**

#### **1.1. Polizze nuove – prime adesioni**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 7 gg dalla data indicata in polizza , altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio. I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la Polizza .

Se i premi o le rate di premio successive non sono pagate in conformità a quanto previsto, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 della data di pagamento del premio , ferme le successive scadenze (art.1901 c.c.).

#### **1.2 Rinnovi**

Se alla scadenza anniversaria la copertura viene prorogata, come previsto al successivo Art. 10, la proroga ha effetto dalle ore 24 della data di scadenza della precedente copertura se il premio viene pagato entro 60 gg. da detta data.

Se il premio di rinnovo non è pagato entro questo termine l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza anniversaria e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art.1901 c.c.).

Il certificato di assicurazione relativo alle annualità successive alla prima, viene emesso in regime di continuità assicurativa rispetto alle annualità precedenti.

### **Art. 2 - Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

### **Art. 4 - Aggravamento del rischio**

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, per il tramite del Broker al quale è assegnata la Polizza.

**Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 c.c.).**

### **Art. 5 - Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 c.c.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **Art. 6 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Quanto sopra costituisce assolvimento dell'obbligo di comunicazione alla Società dell'esistenza di altre assicurazioni di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

### **Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro, gli Assicurati devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza entro nove giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).



Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti unitamente a fornire il nominativo della struttura presso la quale svolgeva la propria attività al momento dell'accadimento.

Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto.

L'Assicurato si impegna ad inviare alla Società e/o al Broker eventuali dati personali di terzi in conformità alla normativa di cui al trattamento dei dati personali (ex, Art. 13 D. Lgs. 163/2003)

### **Art. 8 - Documenti da allegare alla denuncia di sinistro**

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 7 – “Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro” che precede, si precisa che in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di sinistro:

- copia della documentazione attestante il versamento del premio per l'annualità in corso;
- copia della documentazione attestante il versamento del premio, o copia del certificato di assicurazione, per l'annualità utile a garantire i termini di retroattività necessari alla copertura del sinistro;
- copia della polizza debitamente sottoscritta.

Tali documenti saranno ritenuti sufficienti per dimostrare la copertura assicurativa.

### **Art. 9 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro denunciato, la Società e l'Assicurato hanno la facoltà di disdettare, a far data dalla prima scadenza annuale successiva, la copertura assicurativa del singolo Assicurato che ha presentato la denuncia con un preavviso minimo di 60 giorni.

### **Art. 10 - Proroga della Assicurazione**

E' facoltà del singolo Assicurato inviare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale. Diversamente quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

### **Art. 11 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

### **Art. 12 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

### **Art. 13 - Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il Broker a cui è assegnata la polizza.

### **Art. 14 – Clausola di continuità**

La presente polizza, sostituisce con continuità temporale la precedente polizza emessa dal Coverholder Willis Italia SpA individuata nel modulo di polizza con il codice UMR: B080133207P15.

Tutti gli Assicurati, già coperti con detta polizza e che rinnoveranno la loro adesione entro 60 giorni dalla scadenza anniversaria della copertura precedente pagando il premio di rinnovo, entreranno in copertura con effetto pari alla data di scadenza della copertura precedente senza soluzione di continuità.

A tale fine farà fede la data di pagamento del premio.

Nel caso in cui gli Assicurati fossero già coperti con uno dei contratti precedenti la detta polizza, e che sia stata mantenuta nel tempo la continuità assicurativa con la menzionata polizza, i termini di retroattività saranno pari alla retroattività complessivamente maturata.

Gli Assicurati che provvederanno ad effettuare il pagamento del premio di rinnovo dopo il sessantesimo giorno dalla scadenza della copertura precedente saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio.

#### **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE**

### **Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione**

#### **Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di:

- **Infermiere professionale**, assistente sanitario e vigilatrice d'infanzia, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.
- **Operatore socio sanitario** qualificato secondo quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 22/02/2001 tra il Ministro della Sanità, il Ministro della Solidarietà Sociale, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e dai successivi dispositivi attuativi emanati a livello regionale, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Eraio, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

**L'Assicurazione vale per la sola quota di responsabilità diretta dell'Assicurato con esclusione di ogni responsabilità derivantegli in via solidale.**

### **Art. 16 - Estensione territoriale**

L'Assicurazione R.C.T./R.C.O. vale per i danni che avvengono nel territorio dell'Unione Europea (UE).

### **Art. 17 - Persone non considerate terzi**

**Non sono considerati terzi ai fini dell'Assicurazione R.C.T.:**

- **il coniuge, il convivente, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;**
- **personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.**

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

### **Art. 18 - Danni esclusi dalla Assicurazione**

**L'Assicurazione non comprende i danni:**

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;**
- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;**

- c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- d) alle cose trasportate sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimenti di falde acquifere, di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge;
- g) i danni da attività di sperimentazione clinica;
- h) i danni da attività di ricerca;
- i) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- j) da furto;
- k) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- l) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- m) a cose di terzi che l'assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- n) derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi;
- o) derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.
- p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- q) per i sinistri, perdite, costi o spese derivanti o causate da, o che siano il risultato di, o conseguenza, o in qualche modo connessi con, o che in ogni modo implicino hacking, attacco cyber, virus, worm, spyware, trojan horse, phishing, o software creato allo scopo di fare danno;
- r) premesso che questa è un'assicurazione prestata nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella scheda di polizza, sono escluse le richieste di risarcimento, come precedentemente definite:
  - che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione;
  - connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti assicuratori;
  - connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività convenuta;
  - sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento attribuibili ad azioni commesse dall'assicurato con dolo;

## **Art. 19 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali**

La Società assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale, amministrativa, designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

**La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.**

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

In particolare con riferimento alle spese legali e peritali dei procedimenti penali, è condizione preliminare ed essenziale per l'operatività della polizza che l'assicurato abbia stipulato, e sia quindi operante a primo rischio rispetto a questa polizza una specifica polizza per la tutela legale penale. Non è possibile aderire a questa convenzione senza aver richiesto l'adesione alla convenzione tutela legale.

Resta inteso che nel caso ci siano altre assicurazioni per il medesimo rischio e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo dal singolo assicurato e queste siano operanti "a secondo rischio", si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c e questa assicurazione contribuirà nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, "a secondo rischio".

**CONDIZIONI PARTICOLARI ad integrazione delle precedenti norme e prevalenti in caso di discordanza)**

**Art. 20 - Contraente ed Assicurati**

Assicurati sono i singoli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia, operatori socio sanitari che hanno aderito alla presente convenzione pagando il relativo premio, esercenti l'attività secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

I premi assicurativi restano a carico degli Assicurati ai quali si intendono pure trasferiti i diritti e gli oneri della polizza, in base alla Condizioni di Assicurazione, per quanto concerne il singolo rapporto assicurativo.

**Art. 21 - Gestione del contratto**

La gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, è affidata a Willis Italia SpA e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti da Willis Italia SpA che tratterà con l'Assicuratore per il tramite del Coverholder. Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e sue integrazioni e modificazioni, tutti i rapporti con gli assicurati, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite di Willis Italia SpA; l'Assicuratore dà atto che il pagamento dei premi a Willis Italia SpA è liberatorio per i singoli Assicurati.

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte a/da Willis Italia SpA, che viene quindi riconosciuta da Assicuratore, Coverholder e Assicurato quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto degli stessi (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Willis Italia SpA si impegna a notificare tempestivamente tutte le denunce di sinistro e di circostanza all'Assicuratore e comunque entro 15 giorni da quando ne abbia avuto a sua volta comunicazione da parte dell'Assicurato.

**Art. 22 - Validità della garanzia (claims made)**

L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, purché conseguenti ad un comportamento professionale colposo posto in essere non oltre 3 anni prima della data di effetto della copertura assicurativa.



Per gli Assicurati che hanno goduto, in maniera continuativa, di precedente copertura assicurativa di responsabilità civile professionale stipulata attraverso Willis Italia Spa la retroattività è definita all'Art. 14 – Clausola di continuità.

A maggiore precisazione di quanto già detto sopra tutti i nuovi assicurati godranno di retroattività pari a tre anni dalla data di effetto della copertura assicurativa.

Per "richiesta di risarcimento" si intende:

- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;
- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo.

L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.

### **Art. 23 - Garanzia postuma**

Nel caso di cessazione del rapporto assicurativo conseguente a decesso dell'Assicurato o a cessazione dell'attività, l'Assicurazione vale altresì, per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità del contratto, denunciati alla Società entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso.

La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà superare il massimale annuo stabilito in polizza.

L'Assicurato e i suoi eredi hanno inoltre la facoltà di prorogare ulteriormente il contratto allo scadere dei suddetti dodici mesi mediante apposita appendice, per un periodo di ulteriori 48 mesi dietro versamento in unica soluzione di un premio pari a 2 volte il premio dovuto nell'ultimo periodo di assicurazione trascorso.

### **Art. 24 - Limite di indennizzo**

L'Assicurazione è prestata fino a concorrenza di un massimale pari alternativamente ad Euro 2.000.000,00 o ad Euro 5.000.000,00 per ogni singolo Assicurato in base al premio corrisposto e per ciascun periodo assicurativo annuo o minor periodo compreso tra la data di inserimento nella garanzia e quella di scadenza annuale della polizza, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato medesimo nello stesso periodo di copertura. Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati con la presente convenzione nel medesimo Sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di Euro 7.500.000,00.

### **Art. 25 - Coesistenza di altre assicurazioni**

Qualora esista polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda Sanitaria pubblica o da struttura privata ove l'Assicurato eserciti la professione, che assicura il personale sia dipendente che libero professionista, e/o polizza di responsabilità civile stipulata dall'Assicurato, e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, la presente Assicurazione agirà in eccesso ai massimali garantiti dalla/e polizza/e sopra indicata/e, e comunque fino alla concorrenza del massimale del presente contratto.

Resta inteso che esclusivamente in caso di mancanza di copertura del sinistro da parte dell'altra/e assicurazione/i a primo rischio la presente polizza si intenderà operante "a primo rischio".

### **Art. 26 - Attività comprese nella garanzia**

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato; per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti l'attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X esclusivamente per scopi diagnostici;

- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta. In questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%;
- dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;
- da colpa grave;
- all'Assicurato per i danni agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

## **Art. 27 - Proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale**

*(Valida solo per l'attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente)*

La garanzia è valida anche per la proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti ad eccezione dei danni derivanti da:

- lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;
- rigurgiti di fogne;
- umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali
- amianto/asbesto, silice, o a fibre di ceramica refrattarie. .

Inoltre in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti l'assicurazione è anche estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.).

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.lgs. ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

b) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 1124/65 e del D.lgs. 38/2000, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. La garanzia R.C.O. non vale per le malattie professionali.

**La garanzia prestata ai sensi del presente articolo è soggetta ad un sottolimito di Euro 500.000,00 per sinistro e per anno e si applicherà una Franchigia di Euro 2.500,00 per sinistro.**

## **Art. 28 - Reclami**

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

**Servizio Reclami**

**Ufficio Italiano dei Lloyd's**

**Corso Garibaldi, 86 20121 Milano Italia**

**Fax no.: +39 02 6378 8857**

**E-mail: [servizioreclami@lloyds.com](mailto:servizioreclami@lloyds.com) o [servizioreclami@pec.lloyds.com](mailto:servizioreclami@pec.lloyds.com)**

Laddove il reclamo come sopra indirizzato riguardi una polizza emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi, l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo al Managing Agent competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione. Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)**

**via del Quirinale 21 00187 Roma Italia**

**Tel.: 800 486661 (dall'Italia)**

**Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)**

**Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353**

**E-mail: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)**

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link:

[http://www.ivass.it/ivass/imprese\\_jsp/PageGenerica.jsp?numObj=191573&nomeSezione=PER\\_IL\\_CONSUMATORE](http://www.ivass.it/ivass/imprese_jsp/PageGenerica.jsp?numObj=191573&nomeSezione=PER_IL_CONSUMATORE)

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

**Complaints Team**

**Lloyd's**

**One Lime Street London EC3M 7HA United Kingdom**

**Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696**

**E-mail: [complaints@lloyds.com](mailto:complaints@lloyds.com)**

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli: Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi dalla Assicurazione; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno – Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni

## SCHEDA DI COPERTURA

<b>Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia</b>				
Assicurato: Grossi Valeria				
Indirizzo: Via F. Stroppiana 33,				
Città: Roma		CAP: 00123	Provincia: RM	
Codice Fiscale: GRSVLR90L41H501F				
Attività svolta in qualità di: Libero Professionista				
Presso l' Ente: Studio medico, autoemoteca				
<b>Premio pagato per il periodo assicurativo:</b>				
Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
~ 47,44	~ 0,00	~ 47,44	~ 10,56	~ 58,00
Con il presente certificato si conferma la copertura assicurativa, alle seguenti condizioni:				
<b>Periodo assicurativo:</b>	decorrenza:	dalle ore 24 del 30/04/2016		
	Scadenza:	la durata di ciascuna garanzia è pari a un anno dalla data di decorrenza richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio		
<b>Massimale</b>	<b>Responsabilità Civile per danni a terzi Euro 5.000.000,00</b> <b>Nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati nel medesimo Sinistro, la massima esposizione dell'Assicuratore sarà pari ad Euro 7.500.000,00</b>			
<b>Retroattività iniziale:</b>	<b>3 anni</b>			
<b>Tacita proroga</b>	La copertura è tacitamente rinnovabile, di anno in anno previo pagamento del relativo rinnovo, salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.			
	<b>Fermo il resto</b>			

Data
30/04/2016



## **CLAUSOLA DI RESPONSABILITÀ DISGIUNTA**

**ATTENZIONE** contiene informazioni importanti **SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE**

La responsabilità di un assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri assicuratori che partecipano al presente contratto. Un assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro assicuratore. Un assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un assicuratore. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, Lime Street 1, Londra EC3M 7HA. L'identità di ciascun membro di un Sindacato dei Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere richieste al Market Services dei Lloyd's, all'indirizzo sopra menzionato.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

LMA5096

# INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Al sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che Lei riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

## 1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte dei Lloyd's delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi;

## 2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

- è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo; comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- È svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi perizie, gestione e liquidazione sinistri.

## 3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenti subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica Lloyd's;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

## 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

## 5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione (contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UC Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com, ai sensi dell'art 7 del Codice.

## 6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare o dal Responsabile la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice

## 7. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il Responsabile per le istanze dell'interessato è l'IT Manager domiciliato per la funzione in Corso Garibaldi, 86 - Milano, e presso la sede legale potrà essere visionato l'elenco aggiornato degli altri Responsabili del trattamento.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto del trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute;
- la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo \_\_\_\_\_ L'Interessato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome leggibili \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

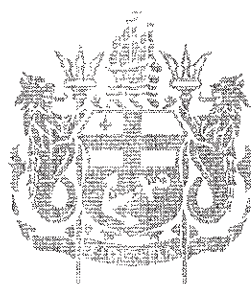
Luogo \_\_\_\_\_ L'Interessato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome leggibili \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Al sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

<sup>1</sup> Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.



# Quietanza Pagamento Premio - Assicurazione per Responsabilità Civile Professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

POLIZZA N° 170MM118100001823794  
 POLIZZA SOSTITUITA N° \*\*\*  
 RAMEL RC  
 RACCOMITATO RC MEDICI  
 INTERMEDIARIO MEDIASS S.P.A.  
 COD. 344

Contratto/Assicurato

MILANO ANTONIO

A.S.B.

VIA DIVISIONE TORINO, 139

CODICE 1185421

MLNNTN72B24A251Z

LEGGI 1185421

ROMA

PARTITA I.V.A.

10506711001

PROVINCIA

RM

00143

Premio dovuto per il periodo

DAL 30/09/2016

30/09/2017

SCADENZA ALLA DATA DEL

30/09/2017

Frazionamento

TIPO

Annuale

Premio di Quietanza

PREMIO NETTO

€ 488,28

ACQUISIZIONE

€ 0,00

PREMIO RESPONSABILE

€ 488,28

IMPORTO

€ 103,74

TOTALE PREMIO

€ 570,00

Andata svolta dal Contraente/Assicurato

V.B.V.D.

Massimale

€ 2.000.000,00

Franchigia

€ 0,00

Emesso in MILANO il 19/09/2016

La Società  
AmTrust Europe Limited

*Finanziaria*

L'importo di €

570,00

è stato pagato oggi

19/09/2016

L'incasso

MEDIASS S.P.A.



AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited

One, Leaps & Leaps Square House

St. James Street, Dublin 1, D01 1P0

Company Number 11111111

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Po 12, 00198 Roma, Italy

tel. 06 67835111 - fax 06 67835112

C.F. 011111111111111111

R.E.A. 1922043

Capitale di Riserva (€ 100.000.000)



**R.C. Professionale Operatori Sanitari**  
**Frontespizio di Polizza N° RCPMEDICALCLUB/051000/1/00598**

<b>Classe di provenienza:</b> Proveniente da altra forma tariffaria	<b>Classe di assegnazione:</b> CLASSE 1
--	--

**CONTRAENTE**

<b>COGNOME / NOME - RAGIONE SOCIALE</b>			
<b>PIERONI ALESSANDRA</b>			
<b>DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA NUM</b>	<b>LOCALITA' COMUNE</b>	<b>PROV.</b>	<b>C.A.P.</b>
<b>VIA GUGLIELMO PETRONI, 32</b>	<b>ROMA</b>	<b>RM</b>	<b>00139</b>
<b>CODICE FISCALE</b>	<b>PARTITA I.V.A.</b>	<b>COMUNE DI NASCITA</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>
<b>PRNLSN77H45E388Q</b>		<b>JESI</b>	<b>05/06/1977</b>
			<b>AN</b>

**MASSIMALI DI GARANZIA PER SINISTRO E PER ANNO**

<b>PER SINISTRO</b>	<b>PER ANNO</b>
<b>€ 1.000.000,00</b>	<b>€ 1.000.000,00</b>

**PREMIO (INCLUSO ACCESSORI ED IMPOSTE) ED ELEMENTI RELATIVI**

<b>PREMIO ALLA FIRMA</b>	<b>PREMIO ANNUO</b>	<b>DECORRENZA DALLE ORE 24:00 DEL</b>	<b>SCADENZA ALLE ORE 24:00 DEL</b>	<b>FRAZIONAMENTO</b>
<b>€ 355,74</b> (Incluse imposte del 22,25%)	<b>€ 355,74</b> (Incluse imposte del 22,25%)	<b>30/06/2016</b>	<b>30/06/2017</b>	<b>ANNUALE</b>

<b>SE L'ADERENTE E' UNO STUDIO ASSOCIATO/SOCIETA' LA GARANZIA E' PRESTATATA PER: ASSICURATO</b>	<b>Nome e Cognome dell'Assicurato</b>	<b>Codice Fiscale</b>
	<b>PIERONI ALESSANDRA</b>	<b>PRNLSN77H45E388Q</b>
<b>ATTIVITA' ASSICURATA:</b>	<b>- Medico generico o di base</b>	
<b>DATA/N ISCRIZIONE ORDINE:</b>	<b>09/03/2010</b>	

**LISTA GARANZIE**

<b>GARANZIA BASE</b>	<b>SI</b>	<b>DIRETTORE SANITARIO RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA</b>	<b>NO</b>
<b>GARANZIA BASE SPECIALIZZANDO</b>	<b>NO</b>	<b>SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA</b>	<b>NO</b>
<b>GARANZIA BASE NEOLAUREATO</b>	<b>NO</b>	<b>SCONTO NEOLAUREATO</b>	<b>NO</b>
<b>POLIZZA A SECONDO RISCHIO (GARANZIA BASE)</b>	<b>NO</b>	<b>SALVAGUARDIA NEOLAUREATO</b>	<b>NO</b>
<b>PREMIO RETROATTIVITA'</b>	<b>SI</b>	<b>SCONTO SPECIALIZZANDO</b>	<b>NO</b>
<b>CLAUSOLA SALVAGUARDIA UNO</b>	<b>NO</b>	<b>RATEO PREMIO SPECIALIZZATO</b>	<b>NO</b>

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

<b>Polizze in corso per lo stesso rischio:</b>	<b>0</b>
<b>Precedente Assicurazione:</b>	<b>TORUS INSURANCE (UK) LIMITED</b>
<b>Sinistri negli ultimi 5 anni:</b>	<b>0</b>

Prendo atto che l'operatività delle garanzie è subordinata all'effettivo pagamento del premio e ha efficacia dalle ore 24:00 della data del pagamento o da quella della decorrenza se posteriore.

Emessa il 16/06/2016

**IL CONTRAENTE**

**LA COMPAGNIA**  
**PartnerRe Ireland Insurance Limited**  
per delega speciale

**MARINTEC S.p.A.**

L'importo di **€ 355,74** è stato pagato oggi **16/06/2016** alle ore \_\_\_\_\_ in mie mani. L'Esattore \_\_\_\_\_

**CLUB MEDICI SERVICE SRL**  
via G. De Rossi, 23/28 00186 Roma  
P.IVA 08227321000

**POLIZZA PER RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE**  
**DEGLI OPERATORI SANITARI**

stipulata fra  
il Contraente indicato sul Frontespizio di assicurazione da una parte,  
di seguito denominato **Contraente**,  
e

la Società  
**PARTNERRE IRELAND INSURANCE LIMITED**  
5th Floor, Block 1,  
The Oval,  
160 Shelbourne Road  
Dublin 4  
Ireland

di seguito denominata **Compagnia**, dall'altra parte

La seguente assicurazione viene rilasciata a favore dei professionisti che ne abbiano fatto richiesta e che abbiano corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- 1) RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE E GENERALE
- 2) RESPONSABILITA' CIVILE DIPENDENTI - R. C. O.

\* \* \* \* \*

## DEFINIZIONI

Ai sensi e per gli effetti della presente Polizza si applicano le seguenti definizioni:

<b>PARTI:</b>	Il Contraente, l'Assicurato, la Compagnia, l'Intermediario
<b>COMPAGNIA/ASSICURATORE:</b>	Impresa che esercita professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa
<b>CONTRAENTE:</b>	Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e su cui gravano gli obblighi da esso derivanti
<b>ASSICURATO:</b>	Il Sanitario legittimato ad esercitare l'attività professionale e che ha presentato una proposta di assicurazione.
<b>BROKER:</b>	l'Intermediario Iscritto al Registro Unico degli Intermediari.
<b>AGENTE:</b>	il soggetto che gestisce la polizza per conto della Compagnia.
<b>CONTRATTO DI ASSICURAZIONE:</b>	il contratto col quale la Compagnia, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'esercente le professioni sanitarie, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
<b>PREMIO:</b>	il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla Compagnia.
<b>ESERCENTE LE PROFESSIONI SANITARIE:</b>	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione che iscritto all'albo o collegio professionale, eserciti, la relativa attività professionale. In tale ambito rientrano i professionisti di cui all'elenco delle specialità mediche assicurabili riportato all'Art. 3 delle Condizioni Aggiuntive
<b>FRONTESPIZIO</b>	Il "form" contenente i dati del Contraente/Assicurato.
<b>MODULO DI PROPOSTA/ QUESTIONARIO DI PROPOSTA:</b>	Il documento compilato (anche on line) e sottoscritto dal Contraente/Assicurato che intende stipulare la polizza.
<b>MASSIMALE:</b>	somma massima liquidabile dalla Compagnia a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro.
<b>FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:</b>	qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.
<b>DANNO:</b>	La perdita economica risultante da infortunio, morte o danni a beni.
<b>PICCOLI INTERVENTI DOMICILIARI O DI CHIRURGIA AMBULATORIALE</b>	Interventi chirurgici eseguiti a domicilio o in ambulatorio praticati senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia generale.

**RECLAMO (per colpa lieve):**

La prima richiesta, fra le seguenti, di cui l'Assicurato è venuto a conoscenza:

- a) la comunicazione scritta all'Assicurato con la quale un Terzo ha manifestato l'intenzione di addebito di responsabilità per danni o perdita patrimoniale causati da fatti colposi o errori o omissioni ricondotti all'Assicurato, o a chiunque altro per suo conto, o la comunicazione con cui il Terzo presenta una formale richiesta di risarcimento per tali danni o perdite.
- b) la citazione o la chiamata in un procedimento dell'Assicurato per negligenza o errore o omissione;
- c) l'inchiesta giudiziaria nei confronti dell'Assicurato rispetto a profili di responsabilità nei termini previsti dalla presente polizza;

**RECLAMO (per colpa grave):**

l'invito a dedurre notificato all'Assicurato dal Procuratore della corte dei conti ovvero la notifica, in qualsiasi forma, dell'avvio di un procedimento per responsabilità amministrativa.

**RICHIESTA DI RISARCIMENTO:**

qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato.

**SINISTRO:**

l'evento sul quale il reclamante basa la richiesta di risarcimento, come definito sopra, e di cui l'Assicurato ha consapevolezza per la prima volta durante il periodo di assicurazione.

**AVVISO DI SINISTRO:**

l'Assicurato deve dare avviso del sinistro alla Compagnia o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se la Compagnia o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro (art. 1913 c.c, comma 1).

**FRANCHIGIA:**

importo espresso in cifra fissa o percentuale della somma assicurata, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni singolo sinistro.

**PERIODO DI ASSICURAZIONE:**

durata di un anno più l'eventuale frazione di anno che precede l'annualità intera. La polizza s'intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno salvo disdetta.

\* \* \* \* \*





Gent. Signora  
PIERONI ALESSANDRA  
VIA GUGLIELMO PETRONI, 32  
00139 ROMA RM

C.F.PRNLN77H45E388Q

Fattura N.ro 2016/2761 del 16/06/2016

Assistenza e Consulenza Assicurativa

Dettaglio	IVA	Imponibile
Polizza N.051000/1/00598 del 16/06/2016	ES	40,00

Totale imponibile	40,00
Esente Art.10	0,00
Totale fattura	40,00

PAGATO

**QUIETANZA DI PAGAMENTO**

**CONTRAENTE E SUO DOMICILIO**

**ROTA MARIAPINA**  
VIA RAOUL CHIODELLI, 202  
00132 - ROMA (RM)

AGENZIA SUB\PRODUT. PRODOTTO			RATEAZIONE	POLIZZA	
N00C73	001	Tutela professione area medico-sanitaria	Annuale	101352382	
PREMIO NETTO		DIRITTI	ADDIZIONALI	IMPOSTE	PREMIO TOTALE
350,40 €		0,00 €	0,00 €	77,97 €	428,37 €

Periodo assicurativo per il quale è stato pagato il premio:  
Dalle ore 24 del Alle ore 24 del

**14/02/2017**

**14/02/2018**

Indice Istat: **120,000000%**

**GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.**

**L'AMMINISTRATORE DELEGATO**

IL PAGAMENTO E' STATO EFFETTUATO IN MIE MANI OGGI:

*[Handwritten signature]*

L'AGENTE

*[Handwritten signature]*

Gentile Cliente, la informiamo che sul sito [www.groupama.it](http://www.groupama.it) è disponibile l'area riservata clienti dove, previa registrazione, potrà consultare la sua posizione assicurativa secondo quanto stabilito con il provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013



2227

**Polizza**  
**Multirischi del Professionista**  
Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONISTA**  
MEDICO

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA

1/30437/122/148290178  
ROMA MONTESACRO

CODICE SUBAGENZIA

100

**Contraente/Assicurato**  
**Indirizzo**  
**Codice Fiscale**

SANTANGELO GIUSI  
VIA LUIGI GALVANI, 1 - 85025 MELFI - PZ  
SNTGSI89R48F104I

DATI GENERALI			
Effetto polizza	27/09/2016	Scadenza polizza	27/09/2017
Scadenza prima rata	27/09/2017	Frazionamento premio	ANNUALE
Convenzione	NO	Campagna di vendita	NO
Vincolo	NO	Tacito rinnovo	NO
Regolazione Premio	NO	Indicizzazione	NO

PREMI IN EURO					
PREMI DI RATA	Netto	Oneri per il frazionamento	Imponibile	Imposte	TOTALE
Rata alla firma	269,94	==	269,94	60,06	330,00
Rate successive	270,07	==	270,07	60,09	330,16
<b>PREMI DI SEZIONE</b>					
Responsabilità Civile	270,07	==	==	==	==
<b>PREMIO ANNUO IN EURO</b>					330,16

**GARANZIE VALIDE PER I BENI ASSICURATI**

**PROFESSIONISTA**

**Assicurato:** SANTANGELO GIUSI  
**Data Nascita:** 08/10/1989 **Sesso:** F **C.F.:** SNTGSI89R48F104I  
**Attività professionale:** 30120 Medici assistenza primaria e pediatri libera scelta  
**Classe di rischio:** 13 Medico convenzionato con il servizio Sanitario Pubblico  
**Ubicazione dell'ufficio/studio - Indirizzo:** VIA LUIGI GALVANI 1  
**Cap:** 85025 **Comune:** MELFI PZ

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE	Massimale	Premio annuo netto EURO
<b>Garanzie prestate</b>		
RCT/RCO - Responsabilità civile professionale	500.000,00	270,07
la garanzia è operante con applicazione della franchigia e scoperto prevista nell'art. denominato "FRANCHIGIA/SCOPERTO"		

**CONDIZIONI PARTICOLARI ESPRESSAMENTE PATTUITE OPERANTI**

A seguito di trattativa individuale le parti hanno raggiunto un accordo sulle seguenti clausole, che integrano e/o derogano al contratto:

**148 DEROGA GARANZIA BASE DI RESPONSABILITÀ CIVILE**

La Garanzia base della Sezione Responsabilità Civile della presente polizza si intende integrata dalla condizione che segue. In conformità a quanto previsto dall'art. 3 del D.L. 13 agosto 2011 n. 138, convertito dalla Legge 14 settembre 2011 n. 148, e dall'Art. 5 del D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137, l'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni e perdite patrimoniali involontariamente cagionati ai propri clienti e derivanti da distruzione, smarrimento o deterioramento di valori e/o documenti di qualsiasi genere, dai clienti stessi dati in custodia e/o consegnati all'Assicurato.

La garanzia è operante anche nei casi di furto, rapina e incendio.

Per tale attività, l'assicurazione viene prestata con applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.000 per sinistro. Limitatamente ai valori, nonché nei casi di furto e rapina, la garanzia opera fino alla concorrenza di un importo per sinistro di € 2.000 e per anno di € 10.000 al netto della franchigia di cui sopra che per questa garanzia resta ferma anche se la polizza preveda l'applicazione per ciascun sinistro di uno scoperto o di una franchigia di importo superiore.

Quanto sopra deroga alla esclusione contenuta all'art. 7.3 Rischi esclusi lett. h) della medesima Sezione ed abroga e sostituisce quanto eventualmente già previsto in contratto in ordine allo smarrimento, alla distruzione o al deterioramento di atti, documenti, e titoli al portatore.

**PAGATO 28 SET. 2016**

2227

**Polizza**  
**Multirischi del Professionista**  
Scheda di Polizza

UnipolSai **PROFESSIONE**  
MEDICO

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA

1/30437/122/148290178  
ROMA MONTESACRO

CODICE SUBAGENZIA

100

**INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI**

Il presente contratto:

- È soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti

I mezzi di pagamento consentiti dall'impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

**INFORMATIVA HOME INSURANCE**

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella *home page* del sito Internet della Società [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) è disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare *on line* la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.

Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" *on line* disponibile nell'Area stessa.

Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative a rischi particolari.

**ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto dall'intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente polizza, nei modi e tempi previsti dalla normativa vigente, i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento degli intermediari (mod. 7A) e sui dati essenziali della sua attività (mod. 7B), previsti dall'art. 49, commi 1 e 2, del Reg. Isvap n. 5 del 16/10/2006;
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy ;
- ✓ di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23 e 26 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa, nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione 01/04/2014, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte ;
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
  - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente;
  - non si sono verificati sinistri nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate;
  - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati.

Dichiarazioni del Contraente specifiche per il Settore Responsabilità Civile:

- ✓ relative ai sinistri
  - di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento e di non essere a conoscenza di circostanze o situazioni che possono determinare richieste di risarcimento indennizzabili con la presente polizza

**Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.**

Il Contraente

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Direttore Generale  
Matteo Latessa



**CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente i seguenti articoli contenuti nel Fascicolo Informativo:

**Condizioni generali di assicurazione**

**Norme che regolano l'assicurazione in generale**

**Art. 1.1** Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

**Art. 1.3** Pagamento del premio e decorrenza della garanzia



2227

**Polizza**  
**Multirischi del Professionista**  
Scheda di Polizza

**UnipolSai** PROFESSIONE  
MEDICO

NUMERO POLIZZA	1/30437/122/148290178		
AGENZIA	ROMA MONTESACRO	CODICE SUBAGENZIA	100

- Art. 1.5 Aggravamento del rischio  
Art. 1.8 Recesso in caso di sinistro  
Art. 1.10 Non tacita proroga - periodo di assicurazione  
Art. 1.12 Foro competente  
**Cosa fare in caso di sinistro**  
Art. 2.1 Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato  
Art. 2.2 Inadempimento dell'obbligo di salvataggio o di avviso  
Art. 2.5 Procedura per la valutazione del danno  
Art. 2.6 Determinazione dei danni indennizzabili  
Art. 2.9 Pagamento dell'indennizzo  
Art. 2.11 Obblighi in caso di sinistro  
Art. 2.12 Gestione delle vertenze di danno e spese legali  
Art. 2.13 Denuncia di sinistro  
Art. 2.16 Gestione del sinistro  
**Sezione Responsabilità Civile**  
Art. 7.7 Validità dell'assicurazione

Il Contraente

Polizza emessa il 27/09/2016  
Il premio della rata alla firma è stato pagato il \_\_\_\_\_

L'Agente o l'Incaricato



Bologna  
Tel. +39 051  
4212711  
Fax +39 051  
4212780

Catania  
Tel. +39 095  
2864511  
Fax +39 095  
2864522

Firenze  
Tel. +39 055 27991  
Fax +39 055  
2645580

Genova  
Tel. +39 010 546711  
Fax +39 010  
5467210

Milano  
Tel. +39 02  
47787301  
Fax +39 02  
47787490

Roma  
Tel. +39 06 540951  
Fax +39 06  
54095210

Vicenza  
Tel. +39 0444  
022911  
Fax +39 0444  
022990

**OGGETTO: Attestazione di Copertura richiesta n° 1605060113443**

Egregio Signor Antonio Augurusa,

in relazione alle Convenzioni assicurative 2016-2017 stipulate a favore degli Infermieri Professionali,

Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;

**Polizze di RC Professionale (Lloyd's) e Tutela Penale (DAS S.p.A.)**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato (Massimale di € 7.500.000,00 in caso di corresponsabilità di più assicurati con la suddetta copertura)
- La copertura è prestata nella forma "Claims made" con retroattività pari a 3 anni dalla data di effetto della garanzia

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

- Massimale di Euro 5.000,00 per sinistro

al pagamento del premio*	30/04/2016
Scadenza	30/04/2017
Importo versato	RC € 38,00 + TLP € 8,00 + oneri amministrativi € 2,00 (cifra fissa)

\*per entrambe le polizze

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito [www.infermieriwillis.it](http://www.infermieriwillis.it).

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



Torino, 18/05/2016  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Groups

**Willis Italia S.p.A.**

Via Padova, 55  
10152 Torino  
Tel. +39 011 24434  
Fax +39 011 2481425

Bologna  
Tel. +39 051  
4212711  
Fax +39 051  
4212780

Catania  
Tel. +39 095  
2864511  
Fax +39 095  
2864522

Firenze  
Tel. +39 055 27991  
Fax +39 055  
2645580

Genova  
Tel. +39 010 546711  
Fax +39 010  
5467210

Milano  
Tel. +39 02  
47787301  
Fax +39 02  
47787490

Roma  
Tel. +39 06 540951  
Fax +39 06  
54095210

Vicenza  
Tel. +39 0444  
022911  
Fax +39 0444  
022990

**OGGETTO: Attestazione di Copertura richiesta n° 1605100115338**

Egregio Signor Ballatore Claudio,

in relazione alle Convenzioni assicurative 2016-2017 stipulate a favore degli Infermieri Professionali,

Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;

**Polizze di RC Professionale (Lloyd's) e Tutela Penale (ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs)**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato (Massimale di € 7.500.000,00 in caso di corresponsabilità di più assicurati con la suddetta copertura)
- La copertura è prestata nella forma "Claims made" con retroattività pari a 3 anni dalla data di effetto della garanzia

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

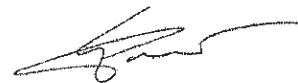
- Massimale di Euro 5.000,00 per sinistro

al pagamento del premio*	30/04/2016
Scadenza	30/04/2017
Importo versato	RC € 38,00 + TLP € 8,00 + oneri amministrativi € 2,00 (cifra fissa)

\*per entrambe le polizze

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito [www.infermierwillis.it](http://www.infermierwillis.it).

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



Torino, 13/05/2016  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Groups

**Willis Italia S.p.A.**

Via Padova, 55  
10152 Torino  
Tel. +39 011 24434  
Fax +39 011 2481425



Ylenia Campitelli  
Via Vitaliano Ponti 10  
00169 - Roma (Rm)

**OGGETTO: Attestazione di Copertura**

Gentile Ylenia Campitelli,

in relazione alle Convenzioni assicurative 2014-2015 stipulate a favore degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;
- le coperture, basate sulle informazioni relative al rischio che ci ha fornito, sono state attivate.

**Polizze di RC Professionale (XL Insurance polizza n° IT00015921EO14A) e Tutela Penale (ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs polizza n° 82.0008971)**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

- Massimale di Euro 5.000,00 per sinistro


Decorrenza effettiva (in base al pagamento del premio)*	30/04/2014
Scadenza	30/04/2015
Importo versato	48,00 Euro **

\* per entrambe le polizze

\*\* per entrambe le polizze comprensivi di oneri amministrativi € 2,00 (iva inclusa)

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito <http://www.infermieriwillis.it>.

Cordiali saluti.

  
Milano, 05/11/2014  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Groups



Corrispondente dei Lloyd's of London

Società ad unico socio sottoposta alla direzione e al coordinamento di Willis Europe B.V.

Sede legale: Via Tortona, 33 - 20144 Milano; Cap. Soc. € 2.000.000 i.v. C.F./P. IVA /n. Iscrizione Registro Imprese MI - 03902220486 Registro Unico Intermediari: B000083306



Chiara Cortegiani  
Voc. Alberici s.n.c.  
02040 Mompeo (RI)  
CRTCHR89R58H282B

**Oggetto:** Ricevuta n. 00005864 - 17

Gentile Associata/o,

Il pagamento della Sua quota associativa ci risulta correttamente  
saldo in data 27/01/2017

Le coperture Rc Professionale e Tutela legale, (COLPA GRAVE E RCT/O  
PROFESSIONI SANITARIE: POLIZZA N. 0000037916;  
TUTELA LEGALE: CONVENZIONE N. D3000000000),  
comprese nella quota associativa, scadranno il 31/12/2017.

Grazie per aver scelto Promesa.

*Il Presidente*



Bologna  
Tel. +39 051  
4212711  
Fax +39 051  
4212780

Catania  
Tel. +39 095  
2864511  
Fax +39 095  
2864522

Firenze  
Tel. +39 055 27991  
Fax +39 055  
2645580

Genova  
Tel. +39 010 546711  
Fax +39 010  
5467210

Milano  
Tel. +39 02  
47787301  
Fax +39 02  
47787490

Roma  
Tel. +39 06 540951  
Fax +39 06  
54095210

Vicenza  
Tel. +39 0444  
022911  
Fax +39 0444  
022990

**OGGETTO: Attestazione di Copertura**

Egregio Signor Forcella Emanuele,

in relazione alle Convenzioni assicurative 2016-2017 stipulate a favore degli Infermieri Professionali,

Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;
- le coperture, basate sulle informazioni relative al rischio che ci ha fornito, sono state attivate.

**Polizze di RC Professionale (Lloyd's B080133207P16 ) e Tutela Penale (D.A.S.)**  
**Richiesta n° 1605120059300**

**CONTRAENTE/ASSICURATO: Forcella Emanuele - FRCMNL85H08H501C**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato (Massimale di € 7.500.000,00 in caso di corresponsabilità di più assicurati con la suddetta copertura)
- La copertura è prestata nella forma "Claims made" con retroattività pari a 3 anni dalla data di effetto della garanzia

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

- Massimale di Euro 5.000,00 per sinistro

Decorrenza effettiva (in base al pagamento del premio*)	30/04/2016
Scadenza	30/04/2017
Premio Lordo	RC € 38,00 + TLP € 8,00 + Oneri amministrativi € 2,00 (Data Incasso : 12/05/2016)

\*per entrambe le polizze

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito [www.sicuriconwillis.it](http://www.sicuriconwillis.it)

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Torino, 22/08/2016  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Group

**Willis Italia S.p.A.**

Via Padova, 55  
10152 Torino  
Tel. +39 011 24434  
Fax +39 011 2481425

Bologna  
Tel. +39 051  
4212711  
Fax +39 051  
4212780

Catania  
Tel. +39 095  
2864511  
Fax +39 095  
2864522

Firenze  
Tel. +39 055 27991  
Fax +39 055  
2645580

Genova  
Tel. +39 010 546711  
Fax +39 010  
5467210

Milano  
Tel. +39 02  
47787301  
Fax +39 02  
47787490

Roma  
Tel. +39 06 540951  
Fax +39 06  
54095210

Vicenza  
Tel. +39 0444  
022911  
Fax +39 0444  
022990

**OGGETTO: Attestazione di Copertura richiesta n° 1605170132029**

Gentile Signora Galgano Eufemia,

in relazione alle Convenzioni assicurative 2015-2016 stipulate a favore degli Infermieri Professionali,

Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;

**Polizze di RC Professionale (Lloyd's) e Tutela Penale (ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs )**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato (Massimale di € 7.500.000,00 in caso di corresponsabilità di più assicurati con la suddetta copertura)
- La copertura è prestata nella forma "Claims made" con retroattività pari a 3 anni dalla data di effetto della garanzia

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

- Massimale di Euro 5.000,00 per sinistro

ai pagamento del premio*	30/04/2016
Scadenza	30/04/2017
Importo versato	RC € 38,00 + TLP € 8,00 + oneri amministrativi € 2,00 (cifra fissa)

\*per entrambe le polizze

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito [www.infermieriwillis.it](http://www.infermieriwillis.it).

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



Torino, 06/06/2016  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Groups

**Willis Italia S.p.A.**

Via Padova, 55  
10152 Torino  
Tel. +39 011 24434  
Fax +39 011 2481425



Bologna  
Tel. +39 051  
4212711  
Fax +39 051  
4212780

Catania  
Tel. +39 095  
2864511  
Fax +39 095  
2864522

Firenze  
Tel. +39 055 27991  
Fax +39 055  
2645580

Genova  
Tel. +39 010 546711  
Fax +39 010  
5467210

Milano  
Tel. +39 02  
47787301  
Fax +39 02  
47787490

Roma  
Tel. +39 06 540951  
Fax +39 06  
54095210

Vicenza  
Tel. +39 0444  
022911  
Fax +39 0444  
022990

**OGGETTO: Attestazione di Copertura richiesta n° 1605170131392**

Gentile Signora Maietta Tiziana,

In relazione alle Convenzioni assicurative 2016-2017 stipulate a favore degli Infermieri Professionali,

Assistenti Sanitari e Infermieri Pediatrici, Le confermiamo che:

- le richieste di adesione sotto elencate sono state ricevute e processate con successo;
- i pagamenti sono stati correttamente ricevuti e abbinati alla sua posizione;

**Polizze di RC Professionale (Lloyd's) e Tutela Penale (ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs )**

**COPERTURA RC PROFESSIONALE**

- Massimale di Euro 2.000.000,00 per sinistro, per anno e per assicurato (Massimale di € 7.500.000,00 in caso di corresponsabilità di più assicurati con la suddetta copertura)
- La copertura è prestata nella forma "Claims made" con retroattività pari a 3 anni dalla data di effetto della garanzia

**COPERTURA TUTELA LEGALE PENALE**

- Massimale di Euro 20.000,00 per sinistro

al pagamento del premio)*	30/04/2016
Scadenza	30/04/2017
Importo versato	RC € 38,00 + TLP € 20,00 + oneri amministrativi € 2,00 (cifra fissa)

\*per entrambe le polizze

La presente Attestazione non modifica né altera o estende le Coperture prestate con le Polizze sopra elencate, che sono regolate esclusivamente dalle Condizioni Generali e Particolari delle Polizze stesse e che sono scaricabili dal sito [www.infermieriwillis.it](http://www.infermieriwillis.it).

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



Torino, 14/06/2016  
Willis Italia S.p.A.  
Affinity Groups

Willis Italia S.p.A.

Via Padova, 55  
10152 Torino  
Tel. +39 011 24434  
Fax +39 011 2481425





LLOYD'S

YOUR  
INSURANCE  
**DOCUMENTS**

**SECURING YOUR PEACE OF MIND**



## **CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE**

Salvo che sia diversamente specificato nel testo di polizza, si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi italiani, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori dei Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Il Rappresentante Generale per l'Italia di Lloyd's  
Corso Garibaldi, 86  
20121 Milano

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

## **RECLAMI**

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

**Ufficio Italiano di Lloyd's**  
**All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"**  
**Corso Garibaldi, 86**  
**20121 Milano**  
**Fax: 02 63788850**  
**E-mail: [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com)**

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad €2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'IVASS e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000; [complaint.info@financial-ombudsman.org.uk](mailto:complaint.info@financial-ombudsman.org.uk).

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

# MODULO



Codice Ramo	Cod. Corrispondente	N° Lloyd's Broker	Codice Doc.	Cover Note / Binder
4	102026 PEK	WLM 801	B	01 apr 2015 / 40 - 33207P15
Tipo di assicurazione: RC Professionale Il presente Modulo forma parte integrante del Certificato N° BTNZ0034272				UMR: B080133207P15

Nome dell'Assicurato o Contraente: Bruno Ivana  
Indirizzo : Via G. Benzoni, 20  
CAP e Città : 00154 roma - RO (ITALIA)  
Codice Fiscale/Partita IVA : BRNVNI62S50D086S

Durata dell'Assicurazione -  
dalle ore 24:00 del 30/04/2015 alle ore 24:00 del 30/04/2016  
Data della Proposta che forma parte integrante del presente Contratto: 05/05/2015

Condizioni Generali e Particolari come da seguenti stampati allegati al presente Modulo:

<b>Quota Lloyd's: 100,00%</b>			
Numero e percentuale dei Sindacati dei Lloyd's che hanno assunto il rischio per la quota Lloyd's sopra indicata:			
1218	100,00%	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
			100,00%

Rischi e importi assicurati, Franchigie e Scoperti, estensione territoriale e Condizioni Speciali (che prevalgono sulle Condizioni Particolari e Generali di cui sopra)

Premio ( Euro ):

Rischio	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
4,245 RC Professionale	31,08	0,00	31,08	6,92	38,00
-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>31,08</b>	<b>0,00</b>	<b>31,08</b>	<b>6,92</b>	<b>38,00</b>


Il premio deve essere pagato al Coverholder dei Lloyd's di seguito specificato, il quale è autorizzato a riceverlo per conto degli Assicuratori. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente

Rata dovuta al	Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-

Modalità del pagamento del Premio: Annuale

Data  
28 luglio 2015

L'Assicurato o il Contraente

  
**VITTORIO SCALA**  
Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's  
in nome e per conto dei membri sottoscrittori  
che assumono il rischio di cui al presente contratto

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO, IL FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE LA NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO E LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DI CUI AL REGOLAMENTO ISVAP (ora IVASS) n° 35 DEL 26/05/2010.

Il Contraente: .....

Il Coverholder dei Lloyd's incaricato alla gestione del presente Certificato è:

Willis Italia Spa

Il pagamento del Premio per l'importo di ..... è stato fatto in mie mani

in data ..... L'Incaricato .....



**ASSICURAZIONE DELLA  
RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE  
per infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici  
d'infanzia**



A115050139682

**DEFINIZIONI**

**Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:**

<b>Assicuratore:</b>	Il sottoscrittore dei Lloyd's of London che sottoscrive la presente polizza
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di Assicurazione.
<b>Broker:</b>	Willis Italia S.p.A.
<b>Certificato di Assicurazione:</b>	il singolo documento che prova il contratto di Assicurazione.
<b>Contraente/Assicurato:</b>	L' esercente l'attività di infermiere professionale, assistente sanitario o vigilatrice d'infanzia secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
<b>Accordo:</b>	il contratto di delega stipulato tra Willis Italia Spa e l' Assicuratore.
<b>Cose:</b>	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Data di pagamento del premio:</b>	la data di "valuta beneficiario" se il pagamento è effettuato a mezzo bonifico bancario o la "data operazione" se il pagamento è effettuato a mezzo carta di credito
<b>Franchigia:</b>	parte del danno risarcibile espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.
<b>Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
<b>Massimale:</b>	massimo esborso della Società per ciascun periodo assicurativo annuo e per ciascun Assicurato indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate da ogni Assicurato nello stesso periodo.
<b>Modulo di Adesione:</b>	il documento con cui ciascun Assicurando richiede l'inserimento nella garanzia assicurativa della presente polizza e che costituisce proposta irrevocabile ai sensi dell'Art. 1329 c.c..
<b>Polizza:</b>	il documento che contiene le condizioni di Assicurazione.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta all' Assicuratore.
<b>Richiesta di risarcimento:</b>	- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo; - ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo.
<b>Sinistro:</b>	la richiesta di risarcimento come sopra definita.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

### **Art. 1 - Pagamento del premio**

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 7 gg dalla data indicata in polizza, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio. I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la Polizza.

Se i premi o le rate di premio successive non sono pagate in conformità a quanto previsto, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 della data di pagamento del premio, ferme le successive scadenze (art.1901 c.c.).

### **Art. 2 - Modifiche dell'Assicurazione**

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

### **Art. 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

### **Art. 4 - Aggravamento del rischio**

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, per il tramite del Broker al quale è assegnata la Polizza.

**Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (art. 1898 c.c.).**

### **Art. 5 - Diminuzione del rischio**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art.1897 c.c.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### **Art. 6 - Altre assicurazioni**

L'Assicurato, in caso di Sinistro, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni ed è tenuto a denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Quanto sopra costituisce assolvimento dell'obbligo di comunicazione alla Società dell'esistenza di altre assicurazioni di cui all'art. 1910 del Codice Civile.

### **Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

In caso di sinistro, l'Assicurato devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza entro nove giorni da quando ne hanno avuto conoscenza (art. 1913 c.c.).

Devono inoltre far seguito nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del fatto dannoso di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro e successivamente a lui pervenuti unitamente a fornire il nominativo della struttura presso la quale svolgeva la propria attività al momento dell'accadimento.

Se l'Assicurato omette o ritarda la presentazione della denuncia di sinistro, l'invio di documentazione o di atti di natura giudiziaria o amministrativa, la Società ha diritto di rifiutare o ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto.

L'Assicurato si impegna ad inviare alla Società e/o al Broker eventuali dati personali di terzi in conformità alla normativa di cui al trattamento dei dati personali (ex, Art. 13 D. Lgs. 163/2003)

#### **Art. 8 - Documenti da allegare alla denuncia di sinistro**

Ad integrazione di quanto previsto dall'Art. 7 – “Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro” che precede, si precisa che in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia scritta di sinistro copia della documentazione attestante il versamento del premio. Tale documento sarà ritenuto sufficiente per dimostrare le precedenti coperture assicurative.

#### **Art. 9 - Recesso in caso di sinistro**

Dopo ogni sinistro denunciato, la Società e l'Assicurato hanno la facoltà di disdettare, a far data dalla prima scadenza annuale successiva, la copertura assicurativa del singolo Assicurato che ha presentato la denuncia con un preavviso minimo di 60 giorni.

#### **Art. 10 - Proroga della Assicurazione**

E' facoltà del singolo Assicurato inviare disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima di ogni scadenza annuale. Diversamente quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

#### **Art. 11 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

#### **Art. 12 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### **Art. 13 - Foro competente**

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede il Broker a cui è assegnata la polizza.

#### **Art. 14 - Clausola di continuità**

La presente polizza sostituisce con continuità temporale la precedente polizza convenzione n. IT00015921E014A, a contraenza XL Insurance Company Plc, il cui stato di rischio in essere al 30 aprile 2015 viene inviato dal Broker all'Assicuratore entro il 31 maggio 2015.

Tutti gli Assicurati compresi in detto stato di rischio e quindi già assicurati con la precedente Convenzione n. IT00015921E014A, che rinnoveranno la loro adesione entro il 30 giugno 2015, pagando il premio di rinnovo, entreranno in copertura con effetto 30 aprile 2015. A tale fine farà fede la data di pagamento del premio.

A maggiore precisazione, si specifica che tali Assicurati saranno garantiti dal presente contratto con decorrenza pari alla decorrenza delle garanzie precedenti esclusivamente se assicurati con la Convenzione n. IT00015921E014A. Nel caso in cui tali Assicurati fossero già assicurati con uno dei contratti precedenti la Convenzione n. IT00015921E014A, e che sia stata mantenuta nel tempo la continuità assicurativa con la



menzionata Convenzione, i termini di retroattività saranno pari alla retroattività complessivamente maturata.

I nominativi presenti nello stato di rischio sopra citato, che provvederanno ad effettuare il pagamento dopo il 30 giugno 2015 saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio.

## **NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE**

### **Art. 15 - Oggetto dell'Assicurazione**

#### **Assicurazione responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per distruzione o deterioramento di cose, in relazione all'esercizio dell'attività professionale di **infermiere professionale**, assistente sanitario e vigilatrice d'infanzia, anche nell'ambito dell'attività di Emergenza 118, svolta nel rispetto della relativa normativa vigente.

Nel caso in cui la Richiesta di Risarcimento sia connessa all'attività professionale esercitata dall'Assicurato nel contesto di una struttura, clinica o istituto facente capo al Sistema Sanitario Nazionale la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a rimborsare all'Erario, alla struttura, clinica o istituto a cui l'Assicurato presta la propria opera, o al suo Assicuratore, nel caso in cui egli sia dichiarato responsabile o corresponsabile per colpa grave con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato.

**L'Assicurazione vale per la sola quota di responsabilità diretta dell'Assicurato con esclusione di ogni responsabilità derivantegli in via solidale.**

### **Art. 16 - Estensione territoriale**

L'Assicurazione R.C.T. vale per i danni che avvengono nel mondo intero, **con esclusione dei territori degli U.S.A., del Canada e Messico.**

L'assicurazione R.C.O. vale per il mondo intero.

### **Art. 17 - Persone non considerate terzi**

**Non sono considerati terzi ai fini dell'Assicurazione R.C.T.:**

- **il coniuge, il convivente, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;**
- **personale dipendente soggetto all'assicurazione INAIL.**

Tuttavia, nel caso in cui detti soggetti subiscano danno per morte o lesioni personali, la garanzia sarà operante limitatamente per le rivalse esperite nei confronti dell'Assicurato da parte dell'ente ospedaliero che abbia dovuto risarcire il danno.

### **Art. 18 - Danni esclusi dalla Assicurazione**

**L'Assicurazione non comprende i danni:**

- a) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;**

- b) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore;
- c) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- d) alle cose trasportate sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;
- e) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimenti di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- f) direttamente riconducibili alla intenzionale mancata osservanza e violazione delle disposizioni di legge;
- g) i danni da attività di sperimentazione clinica;
- h) i danni da attività di ricerca;
- i) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato ed allo stesso non imputabili ai sensi di legge;
- j) da furto;
- k) alle cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- l) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;
- m) a cose di terzi che l'assicurato abbia in consegna e/o custodia o detenga a qualsiasi titolo;
- n) derivanti dalla proprietà di fabbricati e loro impianti fissi;
- o) derivanti da interruzione o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.
- p) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- r) premesso che questa è un'assicurazione prestata nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nella scheda di polizza, sono escluse le richieste di risarcimento, come precedentemente definite:
- che pervengano all'Assicurato in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione;
  - connesse a fatti e circostanze che fossero già note all'assicurato prima della data di inizio del periodo di assicurazione (da intendersi la data del primo contratto stipulato con gli assicuratori, in caso di successivi rinnovi) anche se mai denunciate ai precedenti assicuratori;
  - connesse a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere prima della data di retroattività convenuta;
  - sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento attribuibili ad azioni commesse dall'assicurato con dolo;

**Art. 19 - Gestione delle vertenze di danno - Spese legali**

La Società assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale, amministrativa, designando, ove occorra, legali o tecnici, ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda.

La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.

Sono a carico della Società le spese legali sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, in aggiunta al Massimale stabilito in Polizza, ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

In particolare con riferimento alle spese legali e peritali dei procedimenti penali, è condizione preliminare ed essenziale per l'operatività della polizza che l'assicurato abbia stipulato, e sia quindi operante a primo rischio rispetto a questa polizza una specifica polizza per la tutela legale penale. Non è possibile aderire a questa convenzione senza aver richiesto l'adesione alla convenzione tutela legale.

Resta inteso che nel caso ci siano altre assicurazioni per il medesimo rischio e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, anche precedentemente stipulate con contratto individuale o collettivo dal singolo assicurato e queste siano operanti "a secondo rischio", si applicheranno in ogni caso i criteri dell'art. 1910 c.c. e questa assicurazione contribuirà nella dovuta proporzione, fermi in ogni caso i limiti di risarcimento stabiliti in questa polizza e applicabili al caso, operando anche questa assicurazione, nel caso di specie, "a secondo rischio".

**CONDIZIONI PARTICOLARI** (Ad integrazione delle precedenti norme e prevalenti in caso di discordanza)

**Art. 20 - Contraente ed Assicurati**

Assicurati sono i singoli infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia che hanno aderito alla presente convenzione pagando il relativo premio; esercenti l'attività secondo quanto previsto dalla normativa vigente, che abbiano aderito alla presente convenzione pagando il relativo premio.

I premi assicurativi restano a carico degli Assicurati ai quali si intendono pure trasferiti i diritti e gli oneri della polizza, in base alla Condizioni di Assicurazione, per quanto concerne il singolo rapporto assicurativo.

**Art. 21 - Gestione del contratto**

La gestione del presente contratto, ovvero la collaborazione all'esecuzione dello stesso, è affidata a Willis Italia SpA e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti al presente contratto saranno svolti da Willis Italia SpA che tratterà con l'Assicuratore. Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e sue integrazioni e modificazioni, tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite di Willis Italia SpA; l'Assicuratore dà atto che il pagamento dei premi a Willis Italia SpA è liberatorio per i singoli Assicurati.

Tutte le comunicazioni riguardanti la gestione del contratto saranno effettuate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica con avviso di ricevuta e saranno valide anche se fatte a/da Willis Italia SpA, che viene quindi riconosciuta da Assicuratore e Assicurato quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto degli stessi (ad eccezione della comunicazione di disdetta/recesso del contratto stesso che dovrà essere effettuata esclusivamente dalle parti con lettera raccomandata A.R.).

Willis Italia SpA si impegna a notificare tempestivamente tutte le denunce di sinistro e di circostanza all'Assicuratore e comunque entro 15 giorni da quando ne abbia avuto a sua volta comunicazione da parte dell'Assicurato.

#### **Art. 22 - Validità della garanzia (claims made)**

**L'Assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, purché conseguenti ad un comportamento professionale colposo posto in essere non oltre 3 anni prima della data di effetto della copertura assicurativa.**

Per gli Assicurati che hanno goduto, in maniera continuativa, di precedente copertura assicurativa di responsabilità civile professionale stipulata attraverso Willis Italia Spa la retroattività è definita all'Art. 14 – Clausola di continuità.

A maggiore precisazione di quanto già detto sopra tutti i nuovi assicurati godranno di retroattività pari a tre anni dalla data di effetto della copertura assicurativa.

**Per "richiesta di risarcimento" si intende:**

- ogni ingiunzione o citazione o altra domanda contenente una richiesta di risarcimento nei confronti dell'Assicurato o a lui notificata a seguito di un comportamento professionale colposo;
- ogni comunicazione scritta, compresi gli avvisi di garanzia, che venga fatta all'Assicurato stesso e che attesti un suo comportamento professionale colposo.

**L'Assicurato dichiara inoltre, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.**

#### **Art. 23 - Garanzia postuma**

**Nel caso di cessazione del rapporto assicurativo conseguente a decesso dell'Assicurato o a cessazione dell'attività, l'Assicurazione vale altresì, per i danni derivanti da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di validità del contratto, denunciati alla Società entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso.**

**La massima esposizione della Società per l'intero periodo assicurato, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati, non potrà superare il massimale annuo stabilito in polizza.**

L'Assicurato e i suoi eredi hanno inoltre la facoltà di prorogare ulteriormente il contratto allo scadere dei suddetti dodici mesi mediante apposita appendice, per un periodo di ulteriori 48 mesi dietro versamento in unica soluzione di un premio pari a 2 volte il premio dovuto nell'ultimo periodo di assicurazione trascorso.

#### **Art. 24 - Limite di indennizzo**

**L'Assicurazione è prestata fino a concorrenza di un massimale pari ad Euro 2.000.000,00 per ogni singolo Assicurato e per ciascun periodo assicurativo annuo o minor periodo compreso tra la data di inserimento**



nella garanzia e quella di scadenza annuale della polizza, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato medesimo nello stesso periodo di copertura. Si precisa che nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati con la presente convenzione nel medesimo Sinistro, la massima esposizione della Società non potrà in alcun caso superare la somma di Euro 7.500.000,00.

**Art. 25 - Coesistenza di altre assicurazioni**

Qualora esista polizza di responsabilità civile stipulata dall'Azienda Sanitaria pubblica o da struttura privata ove l'Assicurato eserciti la professione, che assicura il personale sia dipendente che libero professionista, e/o polizza di responsabilità civile stipulata dall'Assicurato, e/o polizza di assicurazione per la tutela legale stipulata dall'Assicurato, la presente Assicurazione agirà in eccesso ai massimali garantiti dalla/e polizza/e sopra indicata/e, e comunque fino alla concorrenza del massimale del presente contratto.

Resta inteso che esclusivamente in caso di mancanza di copertura del sinistro da parte dell'altra/e assicurazione/i a primo rischio la presente polizza si intenderà operante "a primo rischio".

**Art. 26 - Attività comprese nella garanzia**

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante:

- dall'uso di apparecchi ritenuti utili per l'attività dell'Assicurato; per i danni conseguenti all'impiego di apparecchiature e strumenti medicali inerenti l'attività svolta dall'Assicurato compreso l'impiego di apparecchi a raggi X **esclusivamente per scopi diagnostici**;
- da malattia collegata all'HIV (compreso AIDS), virus C e virus Delta. In questi casi il massimale di polizza si intende ridotto nella misura del 50%;
- dal fatto doloso di persone delle quali debba rispondere;
- dall'applicazione del Dlgs. 196/2003;
- da colpa grave;
- all'Assicurato per i danni agli strumenti e/o apparecchiature di proprietà di terzi, il cui utilizzo viene richiesto dall'attività professionale svolta dall'assicurato.

**Art. 27 - Proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale**

*(Valida solo per l'attività diversa da quella svolta in qualità di dipendente)*

La garanzia è valida anche per la proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti **ad eccezione dei danni derivanti da:**

- lavori di straordinaria manutenzione, ampliamenti, sopraelevazione o demolizione, spargimento di acqua derivante da rotture non accidentali di tubature e/o condutture e/o altri impianti;
- rigurgiti di fogne;
- umidità, stitlicidio ed in genere insalubrità dei locali
- amianto/asbesto, silice, o a fibre di ceramica refrattarie. .

Inoltre in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti l'assicurazione è anche estesa alla responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.).

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

a) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e dell'art. 13 del Decreto Legislativo 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.lgs. ed addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

b) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 1124/65 e del D.lgs. 38/2000, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente non inferiore al 5% calcolato sulla base delle tabelle di cui agli allegati al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

L'assicurazione R.C.O. è efficace a condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge. La garanzia R.C.O. non vale per le malattie professionali.

**La garanzia prestata ai sensi del presente articolo è soggetta ad un sottolimito di Euro 500.000,00 per sinistro e per anno e si applicherà una Franchigia di Euro 2.500,00 per sinistro.**

#### **Art. 28 - Reclami**

Ogni reclamo relativo alla gestione del Contratto d'Assicurazione o alla liquidazione dei sinistri dovrebbe essere indirizzato al broker del Contraente per essere a tale fine assistiti.

Gli eventuali reclami possono anche essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

- Ufficio Italiano di Lloyd's

All'attenzione del Responsabile dell'ufficio "Regulatory & Compliance"

Corso Garibaldi, 86

20121 Milano

Fax n. 02 63788850

E-mail [servizioclienti@lloyds.com](mailto:servizioclienti@lloyds.com)

Il reclamo dovrà contenere l'indicazione del numero del contratto assicurativo cui si riferisce.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, oppure decorsi 45 giorni senza che sia stato dato riscontro al reclamo, se il reclamante è un Consumatore o un piccolo imprenditore, intendendosi per tale un imprenditore con un giro d'affari inferiore ad € 2.000.000,00 e con meno di 10 dipendenti, potrà anche presentare il proprio reclamo avvalendosi della procedura per liti transfrontaliere "Fin-net", trasmettendo il proprio reclamo all'ISVAP e facendo richiesta di applicazione di tale procedura oppure rivolgendosi direttamente al sistema competente nel Regno Unito: Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, E14 9SR, UK; telefono +442079641000;; [complaint.info@financial-ombudsman.org.uk](mailto:complaint.info@financial-ombudsman.org.uk).

La procedura di reclamo fa salvo il diritto di promuovere azioni legali o iniziare procedure alternative di risoluzione delle controversie, in conformità alle previsioni contrattuali.

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 c.c., dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli: Art. 1: Pagamento del premio; Art. 6: Altre assicurazioni; Art. 7: Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro; Art. 8: Documenti da allegare alla denuncia di sinistro; Art. 9: Recesso in caso di sinistro; Art. 10: Proroga dell'Assicurazione; Art. 11: Oneri fiscali; Art. 13: Foro competente; Art. 14: Clausola di continuità; Art. 15: Oggetto dell'assicurazione; Art. 16: Estensione territoriale; Art. 17: Persone non considerate terzi; Art. 18: Danni esclusi dalla Assicurazione; Art. 19: Gestione delle vertenze di danno – Spese legali; Art. 21: Gestione del contratto - Clausola broker; Art. 22: Validità della garanzia (claims made); Art. 24: Limite di indennizzo; Art. 25: Coesistenza di altre assicurazioni.

L'Assicurato

**L'Assicurato dichiara** di esercitare la professione di Infermiere professionale, assistente sanitario, vigilatrice d'infanzia secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e conferma il carattere impegnativo della Sua adesione alla polizza stipulata tra Willis Italia SpA. e l'Assicuratore, che l'Assicurato dichiara di aver ricevuto e letto e che, con la sottostante sottoscrizione, accetta integralmente.

**L'Assicurato dichiara inoltre**, ai sensi di quanto previsto dagli articoli 1892 e 1893 c.c., di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento per danno a lui imputabile e prende atto che eventuali fatti noti al momento della stipula, che diano in futuro adito a sinistri, non saranno ricompresi nell'oggetto della presente garanzia.

L'Assicurato

## SCHEDA DI COPERTURA

<b>Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia</b>				
Assicurato: Bruno Ivana				
Indirizzo: Via G. Benzoni, 20				
Città: roma		CAP: 00154	Provincia: RO	
Codice Fiscale: BRNVNI62S50D086S				
Attività svolta in qualità di: pubblico				
Presso l' Ente: ASL RM E				
<b>Premio pagato per il periodo assicurativo:</b>				
Premio Netto	Accessori	Imponibile	Imposte	Totale
€ 31,08	€ 0,00	€ 38,00	€ 6,92	€ 38,00
Con il presente certificato si conferma la copertura assicurativa, alle seguenti condizioni:				
<b>Periodo assicurativo:</b>	decorrenza:	dalle ore 24 del 30/04/2015		
	Scadenza:	la durata di ciascuna garanzia è pari a un anno dalla data di decorrenza richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio		
<b>Massimale</b>	<b>Responsabilità Civile per danni a terzi Euro 2.000.000,00</b> <b>Nel caso di corresponsabilità tra più Assicurati nel medesimo Sinistro, la massima esposizione dell'Assicuratore sarà pari ad Euro 7.500.000,00</b>			
<b>Retroattività iniziale:</b>	<b>3 anni</b>			
<b>Tacita proroga</b>	La copertura è tacitamente rinnovabile, di anno in anno previo pagamento del relativo rinnovo, salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.			
	<b>Fermo il resto</b>			

Data
30/04/2015



## **CLAUSOLA DI RESPONSABILITÀ DISGIUNTA**

**ATTENZIONE** contiene informazioni importanti **SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE**

La responsabilità di un assicuratore nell'ambito del presente contratto è disgiunta e non solidale con altri assicuratori che partecipano al presente contratto. Un assicuratore è responsabile soltanto per la parte di responsabilità che ha sottoscritto. Un assicuratore non è solidalmente responsabile per la parte di responsabilità sottoscritta da un altro assicuratore. Un assicuratore non è altresì responsabile per qualsiasi responsabilità assunta da un altro assicuratore che possa aver sottoscritto il presente contratto.

La parte di responsabilità nell'ambito del presente contratto sottoscritta da un assicuratore (oppure, nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, il totale delle quote sottoscritte dall'insieme dei membri del Sindacato) è indicata nel presente contratto.

Nel caso di un Sindacato dei Lloyd's, ogni membro del Sindacato (e non il Sindacato stesso) è considerato un assicuratore. Ogni membro ha sottoscritto una parte del totale riferito al Sindacato (tale somma corrisponde all'ammontare delle parti sottoscritte dalla totalità dei membri del Sindacato stesso). La responsabilità di ogni membro del Sindacato è disgiunta e non solidale con altri membri. Ogni membro risponde soltanto per la parte di cui si è reso responsabile. Ogni membro non è solidalmente responsabile per la parte di qualsiasi altro membro. Ogni membro non è altresì responsabile per la parte di responsabilità di ogni altro assicuratore che possa sottoscrivere il presente contratto. La sede commerciale di ciascun membro è presso i Lloyd's, Lime Street 1, Londra EC3M 7HA. L'identità di ciascun membro di un Sindacato dei Lloyd's e l'entità della rispettiva partecipazione possono essere richieste al Market Services dei Lloyd's, all'indirizzo sopra menzionato.

Sebbene in vari punti della presente clausola ci si riferisca al "presente contratto" al singolare, dove le circostanze lo richiedano tale espressione deve essere letta come riferita a più contratti, quindi in forma plurale.

LMA5096

# INFORMATIVA

AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato "Codice"), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

## 1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- a) è diretto all'espletamento da parte degli assicuratori dei Lloyd's of London (di seguito denominati "Lloyd's") delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui i Lloyd's sono autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) può anche essere diretto all'espletamento da parte dei Lloyd's delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi dei Lloyd's stessi;

## 2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO

Il trattamento

- a) è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità tutela;
- b) È effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) È svolto dall'organizzazione del titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi perizie, gestione e liquidazione sinistri.

## 3. CONFERIMENTO DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata presso l'interessato ovvero presso società accreditate presso i Lloyd's che svolgono per nostro conto compiti di natura assuntiva (agenzie subagenti, broker).

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, motorizzazione civile), limitatamente ai dati personali richiesti in forza di dette leggi, regolamenti o normativa comunitaria;
- b) obbligatorio per la conclusione di nuovi contratti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri; limitatamente ai dati personali contenuti nella modulistica Lloyd's;
- c) facoltativo al fine dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'assicurato stesso.

## 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

## 5. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione i contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti e autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UC Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici. Inoltre i dati potranno essere comunicati ad altri enti in sede di partecipazione a bandi di gara per fornire nostre referenze e a società residenti al di fuori dell'Unione Europea (per es. Canada), che garantiscono un adeguato livello di sicurezza nel trattamento dei dati personali, che per conto dei Lloyd's effettuano controlli sull'assenza di sanzioni internazionali. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio del Rappresentante Generale, e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02 63788850, o all'indirizzo email servizioclienti@lloyds.com, ai sensi dell'art 7 del Codice.

## 6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare o dal Responsabile la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della modalità e delle finalità del trattamento; di venire a conoscenza della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere gli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 del Codice; di essere messo a conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, o di incaricati; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Codice

## 7. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolari del trattamento in ambito italiano sono i Lloyd's nella persona del loro Rappresentante Generale per l'Italia, con sede a Milano in Corso Garibaldi, 86.

Il Responsabile per le istanze dell'interessato è l'IT Manager domiciliato per la funzione in Corso Garibaldi, 86 - Milano, e presso la sede legale potrà essere visionato l'elenco aggiornato degli altri Responsabili del trattamento.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra,

ed ai sensi dell'art. 23 e 26 del Codice, Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per i trattamenti di dati strettamente necessari per le operazioni e servizi da Lei richiesti e più precisamente per:

- a) il trattamento dei dati "sensibili" per le finalità di cui al punto 1, lett. a) dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2. La informiamo che i dati sensibili oggetto di trattamento possono essere, per esempio, dati personali idonei a rivelare lo stato di salute<sup>1</sup>;
- b) la comunicazione dei dati sensibili alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge;

Luogo

L'interessato

Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

- c) lo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

Luogo

L'interessato

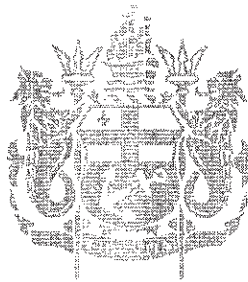
Data

Nome e Cognome leggibili

Firma

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati oggetto di trattamento e come essi vengono utilizzati. Ha, altresì, il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento ricorrendo i motivi di cui all'art. 7 del Codice richiamati nel punto 6 dell'informativa.

<sup>1</sup> Per specifici servizi che comportano la conoscenza da parte dei Lloyd's di ulteriori dati sensibili, Le sarà richiesto un consenso scritto di volta in volta.

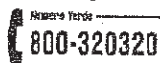


PER LE IMPRESE

TUTELA DEI RISORSI UMANI

AGENZIA DI ROMA S.TA COSTANZA - CORSO TRIESTE 155, INT 3 - 00198 ROMA (RM) - Tel.068558569 - Fax.068558579  
Partita IVA: 10486281008 - Agente Procuratore: PERTOSA FRANCESCA E PERTOSA ALBERTO S.R.L.

Servizio assistenza clienti "Buongiorno Reale"  
lunedì - sabato 8 -20; buongiornoale@realemutua.it



AVIS COMUNALE ROMA  
V. IMPERIA 2  
00161 ROMA (RM)

Gentile Socio,  
la presente ricevuta è valida come quietanza di pagamento della Sua polizza. Le consigliamo pertanto di verificare i dati riportati e di conservarla con la documentazione del Suo contratto assicurativo.  
Le ricordiamo che la Sua agenzia è sempre a disposizione per ogni esigenza e che la Sua posizione assicurativa completa è consultabile sull'area riservata all'indirizzo [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it).

La ringraziamo per l'attenzione e Le porgiamo i nostri più cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE



### RICEVUTA DI PAGAMENTO DEL PREMIO

CONTRAENTE				CODICE FISCALE/PARTITA IVA			
AVIS COMUNALE ROMA				02430640587			
N. POLIZZA	RAMO	AGENZIA		SUBAGENZIA	DELEGATARIA		
2010/05/2227663	INFORTUNI-MALATTIE	ROMA S.TA COSTANZA		072			
RATEAZIONE	SCADENZA RATA	SCADENZA SUCCESSIVA	PREMIO DA PAGARE EURO	DI CUI IMPOSTA EURO			
Annuale	31 12 2016	31 12 2017	448,17	10,94			



PAGATO IL 2016/06/16 L'INCARICATO




LA QUIETANZA NON E' VALIDA SE NON RIPORTA LA DATA DEL PAGAMENTO E LA FIRMA DELL'ESATTORE  
LA COPERTURA ASSICURATIVA E' OPERANTE SOLO IN CASO DI EFFICACIA DEL PAGAMENTO

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- Facciamo presente che il contratto prevede, al termine di ogni annualità assicurativa, la regolazione del premio in quanto quest'ultimo è calcolato in base a parametri fluttuanti. Nel caso in cui non si dovesse provvedere nei termini contrattuali, preavvisiamo che il premio quietanzato con la presente verrà considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione.







## ALLEGATO - CAPITALI FISSI

AGENZIA : TIVOLI/ROMA PRATI

POLIZZA n. : 2010/05/2227663 DELLA QUALE FORMA PARTE INTEGRANTE

PARTITA 1

UNITA' DI RISCHIO ASSICURATE: N° 25

SOCI COLLABORATORI

PREMIO UNITARIO NETTO euro 15,79

GARANZIE / SOMME ASSICURATE PER PERSONA:

Morte euro 52.000,00

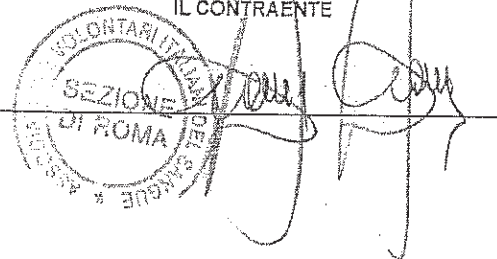
Invalità Permanente euro 52.000,00

Rimborso Spese di Cura euro 10.000,00

**TOTALE PREMIO NETTO ANTICIPATO SU ALLEGATO CAPITALIFISSI**  
(soggetto a regolazione secondo quanto stabilito all'art. 5.4 del Mod. 5208 INF)

euro 394,75

## IL CONTRAENTE



**SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI**  
L'Agente Procuratore

2

000

Utente: A169005

Mod. 5210 INF

## ALLEGATO

AGENZIA : TIVOLI/ROMA PRATI

POLIZZA n. : 2010/05/2227663 DELLA QUALE FORMA PARTE INTEGRANTE

CLAUSOLA A TESTOLIBERO

SI ASSICURANO N.25 SOCI COLLABORATORI DELL'AVIS COMUNALE ROMA, SITA IN ROMA, VIA IMPERIA 2.

IL CONTRAENTE



**SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI**  
L'Agente Procuratore

*[Handwritten signature]*

000

Utente: A169005

Mod. 5060 VAR



AVIS COMUNALE ROMA

- Cod. Ag. 690

15/12/2010

**Nota importante:** Il presente documento contiene l'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 Digs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni e recepisce le novità introdotte dal Codice in materia di protezione dei dati personali. Qualora, in occasioni precedenti o tramite altri documenti, Lei avesse già rilasciato il consenso per il trattamento dei Suoi dati personali alla nostra Società, L'informiamo che il presente documento sostituisce integralmente le precedenti Informativa Privacy ed ha valore per tutti i rapporti assicurativi, in essere e futuri, con la Società Reale Mutua di Assicurazioni.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 Digs n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni  
Codice in materia di protezione dei dati personali - edizione 4/2009**

**A) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative (1)** - Al fine di valutare l'adeguatezza, in conformità a quanto previsto dall'art. 52 Regolamento Isvap 5/2006, dei servizi e/o dei prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, nonché ai fini della stipula dei relativi contratti di assicurazione, ovvero al fine di poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le Sue richieste in qualità di terzo danneggiato, la nostra Società deve disporre di dati personali che La riguardano - dati acquisiti presso di Lei o presso altri soggetti (2) nonché dati da acquisire forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge (3) - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi da parte della nostra Società e di terzi a cui i dati verranno pertanto comunicati, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato. Il consenso che Le chiediamo si estende anche ai dati sensibili (4) ed alle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), nei limiti sopra indicati e nell'ambito delle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Per la sola finalità di gestione e liquidazione dei sinistri i Suoi dati potranno essere trattati dalla Direzione Sinistri di Gruppo di Reale Mutua Assicurazioni per le Società del Gruppo Reale Mutua quali autonome titolari per tale ambito di trattamento. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente fra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente assicurativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" (6), in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti, le comunicazioni e i trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. Precisiamo che il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi della nostra Società. Riguardo alla valutazione delle Sue esigenze assicurative (art. 52 Reg. Isvap 5/2006), il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia l'eventuale rifiuto di rispondere e il mancato consenso al trattamento comprometterà l'attività di valutazione delle Sue esigenze assicurative.

**B) Modalità di uso dei dati personali** - I dati sono trattati (7) dalla nostra Società - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi derivanti dal contratto, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato, nonché, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati - in Italia o all'estero - per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa (8); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

**C) Diritti dell'interessato** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (9). Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it) (10).

**NOTE**

- 1) La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa RECC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.
- 2) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contrattanti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurata, beneficiaria, ecc.); coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro, ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 3) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 4) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice e successive modifiche ed integrazioni, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose.
- 5) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a (almeno dei seguenti) soggetti:
  - assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim, legali, periti, medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
  - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
  - società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
  - ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Constrizio per la Convenzione Indennizza Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c. a r.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicapati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo); nonché altri soggetti, quali: UIF (Unità Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle Infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della





**NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE**

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

**A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE****1. Informazioni generali**

- a) Società Reale Mutua di Assicurazioni – forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
- c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.  
Sito Internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it)  
E-mail: [buongiorno@realemutua.it](mailto:buongiorno@realemutua.it)
- d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione.

**2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa**

Il patrimonio netto dell'impresa è pari a 1.528 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1.468 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.  
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 506%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

**B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO****TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO**

Il contratto, a seconda dell'accordo tra le parti (il Contraente e Reale Mutua), può prevedere, oppure no, il tacito rinnovo alla sua scadenza; la scelta effettuata si può rilevare nella casella "tacito rinnovo" presente sul modulo di polizza.

**AVVERTENZA:** se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo, è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta. La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte di Reale Mutua, solo mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.  
La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.  
Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda al punto 1.9 delle Condizioni di Assicurazione.

**AGGIORNAMENTI NON DERIVANTI DA INNOVAZIONI NORMATIVE**

Gli aggiornamenti al fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative sono consultabili presso il sito Internet di Reale Mutua ([www.realemutua.it](http://www.realemutua.it)).

**3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni**

Il prodotto "Infortuni Cumulativa" contiene garanzie assicurative per far fronte agli infortuni che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona.

Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente, saranno oggetto di espressa pattuizione.

Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto.

Il Contraente potrà inoltre decidere se acquistare o meno determinate Garanzie, limitarne l'operatività ad alcuni ambiti (ad esempio solo per gli infortuni occorsi durante lo svolgimento dell'attività professionale degli assicurati) o attivare le Condizioni Aggiuntive descritte ai punti da 7.1 a 7.17 delle Condizioni di Assicurazione.

Saranno operanti esclusivamente le Garanzie e le Condizioni Aggiuntive esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

Le garanzie sono denominate e regolamentate come segue:

- **"MORTE":** se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, Reale Mutua corrisponde ai beneficiari il capitale assicurato indicato nel modulo di polizza relativamente alla garanzia stessa.  
La garanzia è regolamentata al punto 4.1.A delle Condizioni di Assicurazione.  
**AVVERTENZA:** la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 1.4 "Aggravamento di rischio, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio", 2.1 "Rischi assicurati", 3.1 "Esclusioni", 3.2 "Persone non assicurabili", 3.3 "Persone assicurabili con patto speciale", 3.4 "Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo", 4.1.A "Morte", 5.2 "Variazioni nelle persone assicurate", 6.2 "Criteri di indennizzabilità", nonché nelle definizioni del glossario.
- **"INVALIDITA' PERMANENTE":** se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente Reale Mutua liquida, a postumi stabilizzati, un indennizzo calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata – diminuita delle franchigie previste in polizza – alle componenti di capitale nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata per invalidità permanente totale.  
L'accertamento del grado di invalidità viene effettuato con i criteri indicati al punto 4.1.B.1 oppure 7.4 delle Condizioni di Assicurazione.

- **"RENDITA AGGIUNTIVA PER INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORE DEL 65%":** se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente accertata superiore al 65% della totale, Reale Mutua, a postumi stabilizzati, assicura il pagamento di una rendita rivalutabile dell'importo iniziale di € 6.200 lordi annui, per la durata di 6 anni. La corresponsione della rendita avviene mediante una polizza Vita e il pagamento della prima rata è effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza stessa. La garanzia è regolamentata al punto 7.9 delle Condizioni di Assicurazione.

**AVVERTENZA:** la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 1.4 "Aggravamento di rischio, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio", 2.1 "Rischi assicurati", 3.1 "Esclusioni", 3.2 "Persone non assicurabili", 3.3 "Persone assicurabili con patto speciale", 3.4 "Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo", 4.1.B "Invalidità permanente", 5.2 "Variazioni nelle persone assicurate", 6.2 "Criteri di indennizzabilità", 7.9 "Rendita aggiuntiva per invalidità permanente maggiore del 65%", nonché nelle definizioni del glossario.

### ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E DEL LIMITE DI RISARCIMENTO O MASSIMALE

In caso di sinistro, per calcolare l'indennizzo dovuto da Reale Mutua occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali Reale Mutua interviene.

Esempi di applicazione di franchigia per la garanzia Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio:

	Esempi		
	A	B	C
Percentuale di invalidità permanente accertata	2%	12%	30%
Franchigia (in percentuale)		3%	
Somma assicurata per Invalidità Permanente	€	50.000	

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO (l'invalidità permanente accertata è inferiore alla franchigia)

Esempio B: indennizzo di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio:  $12\% - 3\% = 9\%$  da applicare sulla somma assicurata di € 50.000).

Esempio C: indennizzo di € 15.000 (ottenuto applicando il 30% sulla somma assicurata di € 50.000; la franchigia del 3% infatti non si applica se l'invalidità permanente accertata è superiore al 25%).

Esempi di calcolo dell'indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente conseguente a Malattia Tropicale:

	Esempi		
	A	B	C
Percentuale di invalidità permanente accertata	10%	27%	80%
Franchigia (in percentuale)		24%	
Somma assicurata per Invalidità Permanente	€	50.000	

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO (l'invalidità permanente accertata è inferiore alla franchigia)

Esempio B: indennizzo di € 5.000 (in quanto nella tabella di cui al punto 7.8 delle Condizioni di Assicurazione al 27% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari al 10% del capitale assicurato, nell'esempio pari a € 50.000).

Esempio C: indennizzo di € 50.000 (in quanto nella tabella di cui al punto 7.8 delle Condizioni di Assicurazione al 80% di invalidità accertata corrisponde un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato, nell'esempio pari a € 50.000).

Esempi di applicazione di franchigia per la garanzia Diaria generica per inabilità temporanea:

	Esempi	
	A	B
Giorni di inabilità certificati	6	20
Franchigia (in giorni)		8
Somma assicurata per Diaria Inabilità da Infortunio	€	50

Esempio A: NESSUN INDENNIZZO (l'inabilità accertata è inferiore alla franchigia)

Esempio B: indennizzo di € 600 (ottenuto con il seguente conteggio:  $20 - 8 = 12$  giorni da moltiplicare per la diaria di € 50).

Esempi di applicazione di franchigia per la garanzia Diaria per applicazione di apparecchio gessato:

	Esempi	
	A (Infortunio denunciato regolarmente)	B (Infortunio denunciato 9 giorni dopo il giorno del sinistro)
Giorni di applicazione apparecchio gessato	6	20
Franchigia (in giorni)		1
Somma assicurata per Diaria per applicazione di apparecchio gessato	€	50

Esempio A: indennizzo € 250 (ottenuto con il seguente conteggio:  $6 - 1 = 5$  giorni da moltiplicare per la diaria di € 50)

Esempio B: indennizzo di € 500 (ottenuto con il seguente conteggio:  $20 - 9 - 1 = 10$  giorni da moltiplicare per la diaria di € 50; in quanto il punto 4.1.C.2 prevede che la diaria sia corrisposta a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o a quello della denuncia se questa è fatta in ritardo).





### 7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il prodotto "Infortuni Cumulativa" non prevede adeguamento del premio e delle somme assicurate.

### 8. Diritto di recesso

**AVVERTENZA:** dopo ogni denuncia di sinistro Reale Mutua ha facoltà di recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo assicurato o della singola categoria di assicurati oppure dall'intero contratto.

I termini e le modalità per esercitare tale diritto sono indicati al punto 1.7 delle Condizioni di Assicurazione.

### 9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

### 10. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana. Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

### 11. Regime fiscale

- per la garanzia prevista al punto 6.7 "Tutela dell'eventuale responsabilità del Contraente" si applica l'aliquota d'imposta del 22,25%;
- per tutte le altre garanzie si applica l'aliquota di imposta del 2,5%.

Nel caso di rischio ubicato all'estero si applica il trattamento fiscale del relativo Paese.

## C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

### 12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

#### **AVVERTENZA**

Il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi:

- per le garanzie Morte, Invalidità permanente, Rimborso spese di cura, Diaria generica per inabilità temporanea, Diaria per applicazione di apparecchio gessato, la data di accadimento dell'infortunio;
- per le garanzie Diaria per Ricovero e Diaria per convalescenza post ricovero, la data in cui si è verificato il ricovero;

Le Condizioni di Assicurazione prevedono che in caso di sinistro l'Assicurato deve provvedere alla denuncia del fatto a Reale Mutua entro i tempi indicati nella rispettiva garanzia colpita, precisando le circostanze dell'evento. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

Si evidenzia che l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari per la valutazione del danno e che le spese relative a tali certificazioni mediche sono a carico dell'Assicurato stesso.

I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti ai punti 6.1, 6.4 e 6.5.

### 13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800-320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it). Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP - Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corriedando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finances-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

#### **INFORMAZIONI**

Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800-320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it) sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

#### **COMMISSIONE DI GARANZIA**

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 - 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.



\* \* \*

Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguente

**GLOSSARIO**

**ASSICURATO**

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**ASSICURAZIONE**

Il contratto di assicurazione.

**CONTRAENTE (SOCIO)**

Chi stipula l'assicurazione.

**INDENNIZZO**

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.

**PARTI**

Il Contraente e reale Mutua.

**POLIZZA**

I documenti che provano il contratto di assicurazione.

**PREMIO**

La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

**RISCHIO**

La possibilità che si verifichi il sinistro.

**SINISTRO**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione.

**BENEFICIARI**

Le persone (o la persona) designate in polizza a riscuotere l'indennizzo. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

**DAY HOSPITAL**

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

**DIARIA**

La somma assicurata per ogni giorno di inabilità temporanea.

**FRANCHIGIA**

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

**INFORTUNIO**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato, oppure una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

**INFORTUNIO PROFESSIONALE**

Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali (principali o secondarie).

**INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE**

Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'Assicurato di attività che non abbiano carattere di professionalità.

**INABILITÀ TEMPORANEA**

Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato ad attendere alle attività dichiarate in polizza.

**INVALIDITÀ PERMANENTE**

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

**ISTITUTO DI CURA**

Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

**MODULO DI POLIZZA**

Documento che personalizza la polizza poiché riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato, la sottoscrizione delle Parti.

**RICOVERO**

Permanenza in istituto di cura con pernottamento.





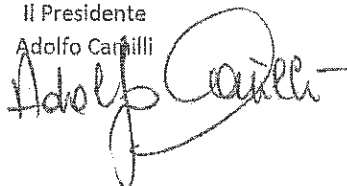
***Elenco attrezzature impiegate nella raccolta del sangue***

N.INVENTARIO	TIPOLOGIA	MODELLO/TIPO	Ditta Produttrice	Matricola /SN	REF
<b>Fiat Ducato targato ER602EY</b>					
342/2002	Bilancia Basc	EO 51P-B	VASINI	899	
341/2002	Bilancia Basc	EO 51P-B	VASINI	898	
349/2002	Bilancia Basc	EO 51P-TC	VASINI	086	
	Pistola saldatrice	Autosealer/01	VASINI	035	
	Emoglobino metro	3000-0810-6801*	EKF Diagnostic	3000-10-0261	3000-0031-6801*
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-10-0261	3000-6011
	Emoglobino metro	3000-031-6801	EKF Diagnostic	3000-12-0854	3000-0810-6804
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-10-0260	3000-6011
	Frigomoteca		ACF Technologies		
<b>Fiat Ducato targato BY465GG</b>					
370/2002	Bilancia Basc	EO 51P-B	VASINI	1915	
359/2002	Bilancia Basc	EO 51P-TC	VASINI	084	
356/2002	Bilancia Basc	EO 51P	VASINI	1296	
358/2002	Bilancia Basc	EO 51P-TC	VASINI	082	
	Pistola saldatrice	AS01	VASINI	0109	
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-14-0329	
	Emoglobino metro	3000-0031-6801	EKF Diagnostic	3000-14-0329	3000-0810-6801
	Emoglobino metro	3000-031-6801	EKF Diagnostic	3000-12-0790	3000-0810-6801
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-12-0790	3000-0611
	Frigomoteca	Emoteca	PIARDI	151001	
<b>Fiat IVECO targato AM529GS</b>					
350/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	083	
	Bilancia	EO 51P-B	VASINI	2112	
340/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	085	
352/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	089	
368/2002	Pistola saldatrice	AS01	VASINI	0363	
	Pistola saldatrice	AS01 MS01	VASINI	0001	
	Emoglobino metro	3000-0031-6801	EKF Diagnostic	3000-10-0285	3000-0810-6801
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-10-0285	3000-0611
	Emoglobino metro	3000-0031-6801	EKF Diagnostic	3000-15-0322	3000-0810-6801
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-15-0322	
	Frigomoteca	Fiocchetti frigoriferi scientifici			
<b>Fiat Ducato targato EY796LL</b>					
361/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	090	
351/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	088	
360/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	087	
339/2002	Bilancia	EO 51P-TC	VASINI	081	
369/2002	Pistola saldatrice	AS01	VASINI	0362	
	Pistola saldatrice	AS01	VASINI	052	
	Emoglobino metro	3000-0031-6801	EKF Diagnostic	3000-10-0136	3000-0810-6801
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-10-0136	3000-0611
	Emoglobino metro	3000-0031-6801	EKF Diagnostic	3000-10-0762	3000-0810-6801
	Cuvetta controllo		EKF Diagnostic	3000-10-0762	3000-0611
	Frigomoteca				
	14 lettini metallici				

AVIS COMUNALE ROMA

Il Presidente

Adolfo Carilli



## ALLEGATO 3

### QUOTE DI RIMBORSO UNIFORMI ED ONNICOMPRESIVE SU TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ SVOLTE DALLE ASSOCIAZIONI E FEDERAZIONI DI DONATORI VOLONTARI DI SANGUE

Attività	Euro
<b>Rimborsi per le attività associative</b>	
Donazione di sangue intero	22,0
Donazione di plasma in aferesi e donazione multicomponent	24,75
<b>Rimborsi per le attività di raccolta</b>	
Raccolta di sangue intero	39,50
Raccolta di plasma in aferesi e raccolta multicomponent	46,00
<b>Rimborsi per le attività associative e le attività di raccolta</b>	
Sangue intero	61,50
Plasma da aferesi e procedure multicomponent	70,75

Si conferma che per quanto riguarda la raccolta, le quote si riferiscono ad attività svolte dalle Associazioni/Federazioni dei donatori volontari di sangue, con il materiale fornito dal Servizio Trasfusionale di riferimento.

**REGIONE  
LAZIO****Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e Accreditamenti****Ufficio Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento**

Prot. GR/11/40 N.

Roma, li

Alla Direzione Generale dell'A.O.  
San Giovanni Addolorata  
pec: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

All'AUSL Roma 1  
pec: protocollo@pec.aslroma1.it

Al Municipio I di Roma Capitale  
pec: protocollo.mun01@pec.comune.roma.it

Al Direttore del CRS Prof. Stefania Vaglio  
pec: CRSLazio@pec.ospedalesantandrea.it.

**OGGETTO:** Notifica del Decreto del Commissario ad Acta n. U00012 del 12/01/2017.

Si trasmette, per notifica, il Decreto del Commissario ad Acta n. U00012 del 12/01/2017 avente ad oggetto "Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma. Indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma. Integrazione del DCA U00272/2015."

Il Dirigente dell'Ufficio  
Dr.ssa Pamela Maddaloni

MC



## Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. 00012 del 12 GEN. 2017

Proposta n. 19879 del 20/12/2016

### Oggetto:

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma. Indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma. Integrazione del DCA U00272/2015.

Estensore

CAO MARCO ERNST

*Marco E. P. Ernst*

Responsabile del Procedimento

CAO MARCO ERNST

*Marco E. P. Ernst*

Il Dirigente d'Area

A. IACHINO

*A. Iachino*

Il Direttore Regionale

V. PANELLA

*V. Panella*

Si esprime parere favorevole  
Il Sub Commissario

G. EISSONI

*G. Eisoni*



Oggetto: Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma. Indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma. Integrazione del DCA U00272/2015.

### *IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA*

#### **VISTI:**

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, e ss. mm. e ii.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2, e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro";
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;
- i Decreti del Commissario ad Acta n.U0082/2009 e n.U0092/2010 che istituiscono e confermano il Centro Regionale Sangue;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 e, in particolare, l'art. 13, comma 14;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18.12.2009 avente ad oggetto "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012";
- la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3, e successive modifiche ed integrazioni;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017/2010 avente ad oggetto "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente l'approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, con il quale è stato avviato, tra l'altro, il procedimento di accreditamento definitivo;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 che modifica e integra il Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U0122 del 29.12.2011 con il quale sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue;

- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti";
- la Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 con la quale è stato recepito il Regolamento per l'organizzazione e la conduzione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti svolte dal team di valutatori qualificati che comprende gli ispettori designati dalla Regione Lazio e inseriti nell'Elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale di cui al DM del 26 maggio 2011, ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 207 del 20 giugno 2014 che ha confermato il ruolo del Centro Regionale Sangue, in particolare, ha recepito nell'Allegato 1 l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, con l'approvazione delle "Linee guida per l'accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep Atti n.149 del 25.07.2012;
- il Decreto Legge n. 192 del 31.12.2014 convertito dalla Legge 27 febbraio 2015, n. 11, che proroga al 30 giugno 2015 il termine del 31 dicembre 2014 previsto dall'articolo 2, comma 1-sexies, lettera c), del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, per dare compiuta attuazione all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, in materia di requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014 che approva i Programmi Operativi 2013-2015;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00010 del 10 gennaio 2015 che determina i criteri e le modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 10 marzo 2015 che determina i criteri e modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale delle Unità di Raccolta Sangue associative e delle Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 155 del 17 aprile 2015 che stabilisce i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie che svolgono attività trasfusionali;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00263 del 23 giugno 2015 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni al DCA n. U00010 del 12.1.2015 DCA e al DCA n. U00101 del 10.3.2015 che definiscono i criteri e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) e delle Unità di Raccolta Sangue associative (UdR) e delle loro articolazioni.";

VISTO il DCA U00272/2015 concernente "Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma", con cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio

e l'accreditamento istituzionale per il SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, relativamente all'attività di Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

**VISTO** il DCA U00377/2015 concernente "Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei Punti di Raccolta fissi del sangue e degli emocomponenti gestiti dai Servizi Trasfusionali dei SIMT della Regione Lazio", con cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'esercizio al Punto di Raccolta Fisso (PRF) del sangue e degli emocomponenti gestito dal SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

**CONSIDERATO** che ai sensi del DCA U00263/2015 la Regione adotta il provvedimento di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle sedi dei Servizi Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) sulla base dell'attestazione di conformità, non conformità o conformità condizionata, ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della struttura esaminata trasmessa dal CRS;

**VISTE:**

- la nota Prot. n. 87650 del 18/02/2016, con cui la Regione Lazio ha chiesto al Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma di comunicare, ai sensi dell'art. 6, comma 4 del D. Lgs. 261 del 20/12/2007, il nominativo del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma;
- la nota Prot. n. 113168 del 02/03/2016, con cui il Direttore Generale del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma ha comunicato che il responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma è la dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719;

**VISTE:**

- la nota Prot. n. 572702 del 16/11/2016 del valutatore regionale, che attesta come le azioni di miglioramento effettuate hanno coperto tutte le carenze precedentemente rilevate per il SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma e per il Punto di Raccolta Fisso del Sangue afferente al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni di Roma, come da verbale del CRS prot. n. 1212/2016;
- la nota Prot. n. 572702 del 16/11/2016 con la quale il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio attesta che il SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente;
- la nota Prot. n. 627074 del 16/12/2016 con la quale il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio attesta che il Punto di Raccolta Fisso del Sangue afferente al SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito in via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente;

**RITENUTO**, per quanto sopra rappresentato:

- di dover rilasciare all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006) la conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, relativamente all'attività di:

- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;



- Punto di Raccolta Fisso del Sangue;
- di dover autorizzare l'integrazione del DCA U00272 del 26/06/2015 con l'indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, nella persona della dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719;

# DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

- di rilasciare all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006) la conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale per SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, relativamente all'attività di;

- Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;
- Punto di Raccolta Fisso del Sangue;

- di autorizzare l'integrazione del DCA U00272 del 26/06/2015 con l'indicazione del Responsabile del SIMT del Presidio Ospedaliero San Giovanni di Roma, sito via di S. Giovanni in Laterano n. 149 - 00184 Roma, nella persona della dott.ssa Rita Marinelli, nata a Roma il 14/03/1951, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma il 03/11/1976, specializzata in Immunoematologia presso l'Università degli Studi di Pisa il 22/07/1985, ed iscritta all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Roma con il numero d'ordine 23719.

Il presente provvedimento è trasmesso al legale rappresentante dell' AO San Giovanni Addolorata, al CRS, all'ASL Roma 1 ed al Comune di Roma.

L'AUSL Roma 1, competente per territorio, è l'ente preposto alla vigilanza sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi e quelli ulteriori di accreditamento.

Al CRS è demandato il compito di effettuare le visite di verifica periodica sul possesso dei requisiti specifici.

La struttura è soggetta alle disposizioni di cui al capo IV del Regolamento Regionale n. 2/2007 in materia di autorizzazione, ed è tenuta al rispetto di quanto previsto dall'art. 11 del regolamento Regionale n. 13/2007 in materia di accreditamento. La presente autorizzazione potrà subire variazioni per effetto della modifica dei requisiti minimi.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e comunque questa, previo congruo preavviso, può subire riduzioni e variazioni per effetto di provvedimenti, anche di programmazione, nazionali e regionali.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Nicola Zingaretti





**OGGETTO:** Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma (C.F. 02430640587). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Unità di Raccolta Sangue denominata "AVIS Comunale di Roma", sita in via Imperia n. 2 - 00161 Roma.

***IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA***

**VISTI:**

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, e ss. mm. e ii.;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4, e successive modifiche e integrazioni;
- il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n. 2, e successive modifiche e integrazioni;
- la Legge 21 ottobre 2005, n. 219 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";
- la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto "Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro";
- il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;
- il D.Lgs. 261 del 20 dicembre 2007, Art. 2, comma 1, con il quale sono state individuate e definite le attività svolte dai Servizi Trasfusionali e dalle Unità di raccolta;
- i Decreti del Commissario ad Acta n.U0082/2009 e n.U0092/2010 che istituiscono e confermano il Centro Regionale Sangue;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato - Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 e, in particolare, l'art. 13, comma 14;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0087 del 18.12.2009 avente ad oggetto "Approvazione Piano Sanitario Regionale (PSR) 2010 - 2012";
- la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3, e successive modifiche ed integrazioni;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0017/2010 avente ad oggetto "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale 96/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a, numero 1) della L.R. 4/2003";
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10 novembre 2010 concernente l'approvazione dei requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, con il quale è stato avviato, tra l'altro, il procedimento di accreditamento definitivo;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 che modifica e integra il Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n.U0122 del 29.12.2011 con il quale sono state centralizzate le attività di qualificazione biologica del sangue;

- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.138 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a "Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 13 aprile 2012, n.139 che ha recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica;
- l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti";
- la Determinazione dirigenziale n. B04512 del 20.07.2012 con la quale è stato recepito il Regolamento per l'organizzazione e la conduzione delle visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti svolte dal team di valutatori qualificati che comprende gli ispettori designati dalla Regione Lazio e inseriti nell'Elenco nazionale dei valutatori per il sistema trasfusionale di cui al DM del 26 maggio 2011, ai sensi dell'Accordo del 16 dicembre 2010;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 207 del 20 giugno 2014 che ha confermato il ruolo del Centro Regionale Sangue, in particolare, ha recepito nell'Allegato I l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, con l'approvazione delle "Linee guida per l'accreditamento dei Servizi trasfusionali e delle Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti". Rep Atti n.149 del 25.07.2012;
- la nota prot. 371590 del 30.06.2014 trasmessa ai legali rappresentanti delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue unitamente alla scheda e alla relativa check list da compilare per ogni unità di raccolta di sangue (UdR) al fine di avviare le procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale;
- la nota prot. n.424449 del 23.07.2014 trasmessa ai legali rappresentanti delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue con la quale è stato richiesto di integrare la documentazione prodotta con il modulo della dichiarazione preliminare ai fini del rilascio di una nuova autorizzazione all'esercizio e/o di conferma dell'autorizzazione delle unità di raccolta di sangue, ai sensi della Legge Regionale n. 4/2003 e del Regolamento Regionale n. 2/2007;
- il Decreto Legge n. 192 del 31.12.2014 convertito dalla Legge 27 febbraio 2015, n. 11, che proroga al 30 giugno 2015 il termine del 31 dicembre 2014 previsto dall'articolo 2, comma 1-sexies, lettera e), del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2011, n. 10, per dare compiuta attuazione all'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, in materia di requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014 che approva i Programmi Operativi 2013-2015;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00010 del 10 gennaio 2015 che determina i criteri e le modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 101 del 10 marzo 2015 che determina i criteri e modalità per il rilascio dell'Autorizzazione all'esercizio e l'Accreditamento Istituzionale delle Unità di Raccolta Sangue associative e delle Articolazioni Organizzative dei Servizi Trasfusionali della Regione Lazio;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 155 del 17 aprile 2015 che stabilisce i requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie che svolgono attività trasfusionali;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00263 del 23 giugno 2015 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni al DCA n. U00010 del 12.1.2015 DCA e al DCA n. U00101 del 10.3.2015 che definiscono i criteri e le modalità per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

istituzionale dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) e delle Unità di Raccolta Sangue associative (UdR) e delle loro articolazioni.”;

VISTI i seguenti Decreti del Commissario ad Acta, di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dei Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) della Regione Lazio:

- DCA U00272/2015 concernente “Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (P.IVA 04735061006). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Giovanni, sito in Via di S. Giovanni in Laterano n. 149- 00184 Roma.”;
- DCA U00273/2015 concernente “AUSL RMB (P.IVA 00821180577). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero Sandro Pertini, sito in Via Monti Tiburtini n. 385 - 00157 Roma.”;
- DCA U00275/2015 concernente “Azienda Ospedaliera San Filippo Neri (P.IVA 04738701004). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero San Filippo Neri, sito in Via Giovanni Martinotti n. 20 - 00135 Roma.”;
- DCA U00276/2015 concernente “AUSL RME (P.IVA 04736011000). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale dell'Articolazione Funzionale del SIMT dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma, presso il Presidio ospedaliero Santo Spirito in Saxia, sito in Lungotevere in Saxia n. 1- 00193 Roma.”;
- DCA U00277/2015 concernente “AUSL RMD (P.IVA 04733491007). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero Grassi, sito in via Passeroni n. 32- 00122 Roma.”;
- DCA U00279 /2015 concernente “AUSL RMC (P.IVA 04739291005). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio ospedaliero Sant'Eugenio, sito in Piazzale dell'Umanesimo n. 10- 00144 Roma.”;
- DCA U00282/2015 concernente “Università Cattolica del Sacro Cuore (P.IVA 02133120150). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Policlinico Gemelli, sito in Largo Agostino Gemelli n. 8 - 00168 Roma.”;
- DCA U00290/2015 concernente “Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (P.IVA 04733051009). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale del Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Presidio Ospedaliero San Camillo Forlanini, sito in Circonvallazione Gianicolense n. 87- 00152 Roma.”;

~~CONSIDERATO~~ che l'Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma (C.F. 02430640587) ha partecipato alla procedura prevista dal DCA U0101/2015 per dell'Unità di Raccolta Sangue denominata “AVIS Comunale di Roma”, sita in Via Imperia n. 2 - 00161 Roma;

VISTA la nota Prot. n. 552 del 01/07/2015 con la quale il Centro Regionale Sangue Lazio, relativamente all' Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma notifica che l'associazione opera attraverso i seguenti Punti di Raccolta Temporanei (PRT) ed autoemoteche:

- PRT denominato “Gruppo S. Andrea Corsini - Gregna S. Andrea Corsini”, sito in via A. Della Seta n. 40 - Roma;
- PRT denominato “Parrocchia S. Giuseppe Moscati”, sito in via Libero Leonardi n. 41 - Roma;
- PRT denominato “Parrocchia S. Tommaso D'Acquino”, sito in via R. Lepetit, n. 991 - Roma;
- PRT denominato “Parrocchia S. Policarpo”, sito in Piazza Aurelio Sabino - Roma;
- PRT denominato “S. Gabriele Dell'Addolorata”, sito in via Ponzio Comino, n. 93/95 - Roma;



- PRT denominato "S. Gaudenzio a Terranova", sito in via della Tenuta di Terranova n. 114 - Roma;
- PRT denominato "S. Giuseppe Artigiano", sito in largo S. Giuseppe Artigiano n. 15 - Roma;
- PRT denominato "Gruppo poli c/o comune", sito in piazza Conti, 2 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sandro Pertini di Roma;

- PRT denominato "Parrocchia San Ponziano", sito in via Nicola Festa n. 50 - Roma;
- PRT denominato "SIAC", sito in via R. Matarazzo n.19 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Filippo Neri di Roma;

- PRT denominato "SS Corpo e Sangue di Cristo" sito in via narni n. 19 - Roviano (RM);

che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni Addolorata;

- PRT denominato "Liceo Evangelista Torricelli", sito in via del Forte Braschi n. 99 - Roma;
- PRT denominato "Ematolab", sito in v. F. Luparelli n. 66 - Roma;
- PRT denominato "Movimento lavor., Azione Cattolica - S. Giuseppe Artigiano", sito in via Mazzini n.1 - Villanova di Guidonia (RM);

che afferiscono al SIMT del Policlinico Gemelli;

- PRT denominato "Groupama Assicurazioni", sito in via Cesare Pavese n. 385 - Roma;
- PRT denominato "Parrocchia S. Giovanna Antida Thouret", sito in via R. Ferruzzi n.110 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sant'Eugenio di Roma;

- PRT denominato "Parrocchia S. Timoteo", sito in via Apelle n. 2 - Roma;

che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero Grassi di Roma;

- PRT denominato "Camera dei Deputati", sito in via della Missione - Roma;
- PRT denominato "Presidenza della Repubblica Quirinale", sito in via Dataria n. 41 - Roma;
- PRT denominato "Università Pontificia Gregoriana", sito in piazza della Pilotta n.4 - Roma;
- PRT denominato "Università S. Tommaso", sito in largo Angelicum n. 1 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Santo Spirito di Roma;

- PRT denominato "Parrocchia SS Aquila e Priscilla", sito in via p. Blaserna n.113 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Camillo di Roma;

- Iveco Eurocargo 120/18 con targa AM529GS;
- Fiat Ducato con targa BY465GG;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa EY796LL;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa ER602EY;

VISTA la nota Prot. n. 534 del 30/06/2015 con la quale il Direttore del Centro Regionale Sangue Lazio, relativamente all'Unità di Raccolta Sangue denominata "AVIS Comunale di Roma" attesta che:

- il punto temporaneo di raccolta, denominato "Parrocchia S. Gabriele dell'Addolorata" sito in via P. Comino 93/95 - 00100 Roma, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, previsti dalla normativa vigente;
- il punto di raccolta, denominato "Parrocchia S. Policarpo" sito in piazza A.C Sabino n. 50 - 00100 Latina, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, previsti dalla normativa vigente;



- il punto di raccolta, denominato "Parrocchia S. Timoteo" sito in via Apelle n. 1 – 00100 Latina, risulta conforme ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, previsti dalla normativa vigente;
- il punto di raccolta mobile così identificato: Iveco Eurocargo 120/18 con targa AM529GS, risulta conforme ai requisiti organizzativi previsti dalla normativa vigente, con prescrizioni per quanto attiene ai requisiti strutturali e tecnologici;
- il punto di raccolta mobile così identificato: Fiat Ducato con targa BY465GG, risulta conforme ai requisiti organizzativi previsti dalla normativa vigente, con prescrizioni per quanto attiene ai requisiti strutturali e tecnologici;
- il punto di raccolta mobile così identificato: FIAT Ducato 150 M. Jet con targa EY796LL, risulta conforme ai requisiti tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa vigente, con prescrizioni per quanto attiene ai requisiti strutturali;
- il punto di raccolta mobile così identificato: FIAT Ducato 150 M. Jet con targa ER602EY, risulta conforme ai organizzativi previsti dalla normativa vigente, con prescrizioni per quanto attiene ai requisiti strutturali e tecnologici;

**CONSIDERATO** che, ai sensi del DCAU00263/2015, nel caso di attestazione di verifica del CRS contenente aspetti di non conformità delle sedi UdR il procedimento si concluderà con l'adozione di un provvedimento di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale condizionato;

**RITENUTO**, per quanto sopra rappresentato, di dover rilasciare all'Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma (C.F. 02430640587), l'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO istituzionale per l'Unità Raccolta di Sangue denominata "AVIS Comunale di Roma", sita in via Imperia n. 2 – 00161 Roma:

- PRT denominato "Gruppo S. Andrea Corsini – Gregna S. Andrea Corsini", sito in via A. Della Seta n. 40 – ROMA;
- PRT denominato "Parrocchia S. Giuseppe Moscati", sito in via Libero Leonardi n. 41 – Roma;
- PRT denominato "Parrocchia S. Tommaso D'Acquino", sito in via R. Lepetit, n. 991 – Roma;
- PRT denominato "Parrocchia S. Policarpo", sito in Piazza Aurcelio Sabino – Roma;
- PRT denominato "S. Gabriele Dell'Addolorata", sito in via Ponzio Comino, n. 93/95 - Roma;
- PRT denominato "S. Gaudenzio a Terranova", sito in via della Tenuta di Terranova n. 114 – Roma;
- PRT denominato "S. Giuseppe Artigiano", sito in largo S. Giuseppe Artigiano n. 15- Roma;
- PRT denominato "Gruppo poli c/o comune", sito in piazza Conti, 2 – Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sandro Pertini di Roma;

- PRT denominato "Parrocchia San Ponziano", sito in via Nicola Festa n. 50 - Roma;
- PRT denominato "SIAC", sito in via R. Matarazzo n.19 - Roma;

che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Filippo Neri di Roma;

- PRT denominato "SS Corpo e Sangue di Cristo" sito in via narni n. 19 - Roviano (RM);

che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni Addolorata;

- PRT denominato "Liceo Evangelista Torricelli", sito in via del Forte Braschi n. 99 - Roma;
- PRT denominato "Ematolab", sito in v. F. Luparelli n. 66 - Roma;
- PRT denominato "Movimento lavor., Azione Cattolica - S Giuseppe Artigiano", sito in via Mazzini n.1 - Villanova di Guidonia (RM);

che afferiscono al SIMT del Policlinico Gemelli;

- PRT denominato "Groupama Assicurazioni", sito in via Cesare Pavese n. 385 - Roma;

• PRT denominato "Parrocchia S. Giovanna Antida Thouret", sito in via R. Ferruzzi n.110 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sant'Eugenio di Roma;

• PRT denominato "Parrocchia S. Timoteo", sito in via Apelle n. 2 - Roma;  
che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero Grassi di Roma

• PRT denominato "Camera dei Deputati", sito in via della Missione - Roma;  
• PRT denominato "Presidenza della Repubblica Quirinale", sito in via Dataria n. 41 - Roma;  
• PRT denominato "Università Pontificia Gregoriana", sito in piazza della Pilotta n.4 - Roma;  
• PRT denominato "Università S. Tommaso", sito in largo Angelicum n. 1 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Santo Spirito di Roma;

• PRT denominato "Parrocchia SS Aquila e Priscilla", sito in via p. Blaserna n.113 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Camillo di Roma;

- Iveco Eurocarga 120/18 con targa AM529GS, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- Fiat Ducato con targa BY465GG, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa EY796LL, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa ER602EY, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

#### DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate di:

- rilasciare all'Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma (C.F. 02430640587) l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale per l'Unità Raccolta di Sangue denominata "AVIS Comunale di Roma", sita in via Imperia n. 2 - 00161 Roma:

• PRT denominato "Gruppo S. Andrea Corsini - Gregna S. Andrea Corsini", sito in via A. Della Seta n. 40 - ROMA;  
• PRT denominato "Parrocchia S. Giuseppe Moscati", sito in via Libero Leonardi n. 41 - Roma;  
• PRT denominato "Parrocchia S. Tommaso D'Acquino", sito in via R. Lepetit, n. 991 - Roma;  
• PRT denominato "Parrocchia S. Policarpo", sito in Piazza Aurelio Sabino - Roma;  
• PRT denominato "S. Gabriele Dell'Addolorata", sito in via Ponzio Comino, n. 93/95 - Roma;  
• PRT denominato "S. Gaudenzio a Terranova", sito in via della Tenuta di Terranova n. 114 - Roma;  
• PRT denominato "S. Giuseppe Artigiano", sito in largo S. Giuseppe Artigiano n. 15- Roma;  
• PRT denominato "Gruppo poli c/o comune", sito in piazza Conti, 2 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sandro Pertini di Roma;

• PRT denominato "Parrocchia San Ponziano", sito in via Nicola Festa n. 50 - Roma;  
• PRT denominato "SIAC", sito in via R. Matarazzo n.19 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Filippo Neri di Roma;

• PRT denominato "SS Corpo e Sangue di Cristo" sito in via narni n. 19 - Roviano (RM);  
che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni Addolorata;

- PRT denominato "Liceo Evangelista Torricelli", sito in via del Forte Braschi n. 99 - Roma;
- PRT denominato "Ematolab", sito in v. E. Luparelli n. 66 - Roma;

• PRT denominato "Movimento lavor., Azione Cattolica - S Giuseppe Artigiano", sito in via Mazzini n.1 - Villanova di Guidonia (RM);  
che afferiscono al SIMT del Policlinico Gemelli;

• PRT denominato "Groupama Assicurazioni", sito in via Cesare Pavese n. 385 - Roma;  
• PRT denominato "Parrocchia S. Giovanna Antida Thouret", sito in via R. Ferruzzi n.110 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Sant'Eugenio di Roma;

• PRT denominato "Parrocchia S. Timoteo", sito in via Apelle n. 2 - Roma;  
che afferisce al SIMT del Presidio ospedaliero Grassi di Roma

• PRT denominato "Camera dei Deputati", sito in via della Missione - Roma;  
• PRT denominato "Presidenza della Repubblica Quirinale", sito in via Dataria n. 41 - Roma;  
• PRT denominato "Università Pontificia Gregoriana", sito in piazza della Pilotta n.4 - Roma;  
• PRT denominato "Università S. Tommaso", sito in largo Angelicum n. 1 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero Santo Spirito di Roma;

• PRT denominato "Parrocchia SS Aquila e Priscilla", sito in via p. Blaserna n.113 - Roma;  
che afferiscono al SIMT del Presidio ospedaliero San Camillo di Roma;

- Iveco Eurocargo 120/18 con targa AM529GS, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- Fiat Ducato con targa BY465GG, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa EY796LL, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;
- FIAT Ducato 150 M. Jet con targa ER602EY, con le condizioni indicate nel verbale di verifica;

Di disporre che per i restanti punti di raccolta per i quali non è stata effettuata la verifica, la stessa sarà effettuata entro i 12 mesi successivi all'emanazione del presente Decreto.

Si richiama l'obbligo per l'UdR denominata "AVIS Comunale di Roma" di trasmettere al CRS, entro 10 giorni dal ricevimento del presente provvedimento, il "*Piano di miglioramento*", che definisce le attività finalizzate al superamento delle non conformità, evidenziando in particolare responsabilità, tempistica e modalità di risoluzione per ognuna delle non conformità evidenziate.

La non presentazione da parte della struttura del "*Piano di miglioramento*" entro i termini indicati equivale a rinuncia e, pertanto, darà seguito al provvedimento di diniego dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accredimento istituzionale

Il presente provvedimento è trasmesso al legale rappresentante dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue Comunale di Roma, al CRS, al SIMT del Presidio ospedaliero Sandro Pertini di Roma, al SIMT del Presidio ospedaliero San Filippo Neri di Roma, al SIMT del Presidio ospedaliero San Giovanni Addolorata, al SIMT del Policlinico Gemelli, al SIMT del Presidio ospedaliero Sant'Eugenio di Roma, al SIMT del Presidio ospedaliero Grassi di Roma, al SIMT del Presidio ospedaliero Santo Spirito di Roma e al SIMT del Presidio ospedaliero San Camillo di Roma.

L'AUSL RMB, l'AUSL RME, l'AUSL RMA, l'AUSL RMC e l'AUSL RMD, competente per territorio, è l'Ente preposto alla vigilanza sulla persistenza dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi e quelli ulteriori di accreditamento.

Al CRS è demandato il compito di effettuare le visite di verifica periodica sul possesso dei requisiti specifici.

DECRETO N. <sup>V00310/2015</sup>

Si richiama l'obbligo di effettuare le comunicazioni circa le variazioni della tipologia della struttura, nonché dei locali per ampliamento, trasformazione o trasferimento, ovvero variazioni della tipologia delle prestazioni che dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Regione.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Nicola Zingaretti

06 LUG. 2015  
Roma, 6





DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
 AREA PROGRAMMAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E RISK MANAGEMENT

ALLEGATO ALLA CONVENZIONE FRA AZIENDE E ASSOCIAZIONI/FEDERAZIONI  
 DONATORI VOLONTARI DI SANGUE

**1. Incremento 2018-2019 donazioni di sangue**

La programmazione è triennale e, pertanto, rispetto ai dati numerici indicati per l'anno in corso 2017, si richiede per l'anno 2018 un incremento percentuale, finalizzato al conseguimento dell'autosufficienza per emazie concentrate e in condizioni immutate di attività assistenziale regionale, pari al 5%, oltre le 2001 donazioni effettuate, e all'8%, al di sotto delle 2000 donazioni.

Pari incremento è richiesto con le stesse proporzioni per l'anno 2019 rispetto ai numeri conseguiti nell'anno 2018.

**2. Variazione infra-annuale attività di donazioni di sangue**

Il numero di donazioni si intende distribuito nell'arco dei 12 mesi con una tolleranza di variazione mensile massima del 20%.

**3. Monitoraggio attività di donazioni di sangue**

L'Associazione convenzionata è tenuta ad inviare al Centro Regionale Sangue un report semestrale della quantità di donazioni di sangue mensili effettuate a seguito delle attività svolte in convenzione (gestione associativa e gestione Unità di Raccolta), validato dal Servizio Trasfusionale di riferimento, entro il 15 luglio per il primo semestre ed entro 15 gennaio per il secondo semestre.

La mancata trasmissione del report o un significativo scostamento del numero di donazioni effettuate, rispetto a quanto indicato nella programmazione, possono costituire il presupposto per l'eventuale rescissione della convenzione.

**4. Donazioni di plasma con procedure di aferesi**

Al fine di conseguire gli obiettivi indicati nel Piano Nazionale Plasma 2016-2020, le attività di donazione di plasma con procedure di aferesi sono oggetto di uno specifico progetto predisposto secondo quanto indicato dal disciplinare C dello Schema tipo di convenzione di cui al DCA U00388/2016.

*Sichieriamo la Volontà ad attuare gli  
 obiettivi previsti.*

*Rome 22.02.2017*

*Adelfo Cappelletti  
 Amministratore Delegato*



PROGRAMMAZIONE TRIENNIO 2017 - 2019 - AVIS ROMA /Azienda Ospedaliera S.Giovanni Addolorata

	SACCHE	SANGUE CT	PLASMA	MULTICOMPONENT	
Anno 2017	949	338	13	0	1300
Anno 2018	996	355	14	0	1365
Anno 2019	1046	373	14	0	1433

AVIS COMUNALE ROMA  
IL PRESIDENTE  
Adolfo Camilli

AZIENDE	AVIS Comunale Roma	Carla Sandri
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	Attività UdR (56 sedute)=1000 unità, gestione associativa =300 unità	Attività UdR (sedute 20)= 410 unità; gestione associativa= 3000

ALL. 7



# Polizza Infortuni

Polizza n° 002106.31.300258  
Agenzia di ROMA GRANDI RISCHI

Codice agenzia 002106

Codice fiscale: 04735061006

Contraente Az.osp. S.g. Addolorata  
Indirizzo: Via Dell'amba Aradam, 9 - 00184 - Roma (RM)  
Durata 2 anni Inizio: 30/04/2015 Scadenza: 30/04/2017 Tacito rinnovo: NO  
Prima rata Dalle ore 24.00 del 30/04/2015 alle ore 24.00 del 30/04/2016  
Rate successive Scadenza: 30/04  
Rateazione Annuale  
Regolazione premio SI  
Premio minimo euro 100,00  
annuo garantito  
Allegati NO

Assicurato	Qualifica	Premio annuo totale netto in euro
------------	-----------	--------------------------------------

Assicurati non identificati	DONATORI DI SANGUE	1.707,40
Assicurati non identificati	DIPENDENTI IN MISSIONE	614,66
	AUTOMEZZI DELL'ENTE	

	netto	addizionale	imponibile	aliquota imposta	imposte	TOTALE
Infortuni	2.321,95	--	2.321,95	2,50	58,05	2.380,00
Premio annuo euro	2.321,95	--	2.321,95		58,05	2.380,00
Infortuni	2.321,95	--	2.321,95	2,50	58,05	2.380,00
Prima rata euro	2.321,95	--			58,05	2.380,00
Rate successive euro	2.321,95	--	2.321,95		58,05	2.380,00

Il premio annuo totale beneficia di uno sconto pari al 1,00% per la durata polennale (Art. 1899 del codice civile).

S.A. - MOD. 20015

MOD. POL. INF. 1 - ED 25/02/2014

stampato in data 08/05/2015

COPIA PER LA DIREZIONE



001000021080310021063130025800000030042015D

1 / 4



SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 18 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8391111 - Fax 045 8391112 - C.F./P.I. e numero di iscriz. al registro delle imprese di Verona 0020140237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 5962 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso l'IVAIS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolici Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso l'IVASB al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 66 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923  
www.cattolica.it



## Ulteriori dichiarazioni

## Il Contraente dichiara inoltre di:

- aver ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL. INF. 6 - ED 01/2010 e di aver rilasciato i relativi consensi;
- consegnare copia agli Assicurati dell'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL. INF. 6 - ED 01/2010, di raccogliere il loro consenso sottoscritto e di trasmetterlo a Cattolica tempestivamente;
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito Internet della Compagnia ([www.cattolica.it](http://www.cattolica.it));
- essere a conoscenza che, a fronte della riduzione di premio applicata, per durata contrattuale fino a cinque anni, non sarà possibile esercitare la facoltà di recesso fino alla naturale scadenza pattuita (Art. 1889 del codice civile).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. POL. INF. 2 - ED. 4371/2015
- schede tecniche n° 1, 2

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni.

Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in ROMA il 08/05/2015.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.

L'AGENTE O L'INCARICATO

AGENTE GENERALE

*Aldo Inguita*

IL CONTRAENTE

AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
SAN GIOVANNI ADDOLORATA

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a firmare la polizza, al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione: Art. 7 recesso in caso di sinistro;

art. 9 loro competenza;

art. 10 durata dell'assicurazione;

art. 20 persone non assicurabili.

AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
Il Direttore Amministrativo  
Dott. MASSIMILIANO GIRELLI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e ai sensi del regolamento SVAP n° 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota informativa MOD. POL. INF. 5 - ED. 30/06/2014; le condizioni di assicurazione MOD. POL. INF. 2 - ED. 4371/2015; modulo di proposta, ove previsto.

IL CONTRAENTE  
AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
Il Direttore Amministrativo  
Dott. MASSIMILIANO GIRELLI

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società e l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a me ment il

In

L'AGENTE O L'INCARICATO

# **SCHEDA TECNICA N. 1** **POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA**

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 002106.31.300258

**Assicurato:** Donatori di sangue  
**Qualifica:** DONATORI DI SANGUE  
**Parametro calcolo premio:** N° assicurati  
**Valore parametro:** 3,500  
**Premio unitario netto in euro:** 0,49  
**Premio annuo totale netto in euro:** 1.707,40  
**Beneficiari in caso di morte:** EREDI

Garanzie principali	Somma assicurata / Massimale in euro	Scoperto / Franchigia %	Franchigia giorni	Scoperto minimo in euro
Morte	258.228,45	---	---	---
Invalità permanente	258.228,45	0,00	---	---
Inabilità temporanea	20,66	---	0	---
Rimborso spese di cura per infortunio	5.164,27	0,00	---	0,00
Rimborso spese di cura per danni estetici	---	---	---	---
Diarla da ricovero	---	---	---	---
Diarla da gessatura	---	---	---	---

## **RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE**

Clausole	Giorni	Limiti di Indennizzo %	euro
INF008 Cumulo catastrofale	---	---	5.165.000,00
INF059 Abolizione franchigia su Inabilità temporanea	---	---	---
INF032 Invalità permanente per infortunio	---	---	---
INF058 Diarla per Inabilità temporanea	---	---	---

S.A. - 1903/2007/25

## SCHEDA TECNICA N. 2

### POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 002106.31.300258

**Assicurato:** Dipendenti in missione automezzi dell'ente

**Qualifica:** DIPENDENTI IN MISSIONE AUTOMEZZI DELL'ENTE

**Parametro calcolo premio:** N° assicurati

**Valore parametro:** 15

**Premio unitario netto in euro:** 40,97

**Premio annuo totale netto in euro:** 614,55

**Beneficiari in caso di morte:** EREDI

Garanzie principali	Somma assicurata / Massimale in euro	Scoperto / Franchigia %	Franchigia giorni	Scoperto minimo in euro
Morte	103.291,38	---	---	---
Invaldità permanente	103.291,38	0,00	---	---
Inabilità temporanea	---	---	---	---
Rimborso spese di cura per infortunio	---	---	---	---
Rimborso spese di cura per danni estetici	---	---	---	---
Diarla da ricovero	---	---	---	---
Diarla da gestatura	---	---	---	---

### RIEPILOGO LIMITI DI INDENNIZZO, RISARCIMENTO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

Clausole	Giorni	Limiti di indennizzo %	Limiti di indennizzo euro
INF008 Cumulo catastrofe	---	---	5.165.000,00
INF032 Invaldità permanente per infortunio	---	---	---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI  
ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196  
e successive modificazioni**

Preso atto delle informazioni che Le abbiamo comunicato in relazione al trattamento dei Suoi dati personali:

**Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi**

Per poter emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, nonché all'eventuale ridistribuzione del rischio, e per adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, è necessario che Lei consenta per iscritto a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- trasferirli all'estero.

SI	NO
----	----

Per poter valutare il rischio assicurando, gestire e liquidare i sinistri e per adempiere a obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, è necessario che Lei consenta per iscritto a Mapfre Warranty di:

- utilizzare i Suoi dati personali, compresi quelli sensibili;
- comunicarli alle categorie di enti terzi specificati nell'informativa;
- trasferirli all'estero.

SI	NO
----	----

**Consenso per l'utilizzo dei dati personali per scopi statistici, informativi e promozionali**

Inoltre, come già specificato, Lei può decidere liberamente di dare o meno il Suo consenso a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa per l'utilizzo dei Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, per scopi statistici, informativi e promozionali; tale consenso è utile per migliorare i servizi e farLe conoscere nuovi prodotti della nostra azienda e di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni. Le ribadiamo che il Suo consenso è del tutto facoltativo e il Suo rifiuto non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

In particolare, Lei può consentire a Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa di utilizzare i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, per:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche, anche tramite società terze incaricate delle suddette operazioni;
- realizzare iniziative promozionali;
- comunicarli alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni, per lo svolgimento delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

SI	NO
SI	NO
SI	NO

Luogo e Data ROMA 08/05/2015

N° documento (polizza, proposta) \_\_\_\_\_

CONTRAENTE - Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

ASSICURATI (se diversi dal contraente)

Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nome e cognome (leggibile) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

MOD. POL INF 6B - ED 01/2010

stampata in data 08/05/2015

Polizza n° 002106.31.300258



1 / 1

COPIA PER LA DIREZIONE

0060000210603100210631800258000000030042015D



CAPITOLATO DI POLIZZA

INFORTUNI CUMULATIVA

La presente polizza è stipulata tra

AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI ADDOLORATA  
Viale dell'Amba Aradam, 9  
00184 ROMA C.F.P.  
IVA 04735061006

e

Società Assicuratrice

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE  
Agenzia 2106 Roma Grandi Rischi

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :

30/04/2015

Alle ore 24.00 del :

30/04/2017

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, non avvenute in buona fede possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

### Art. 2 Decorrenza dell'assicurazione - pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio viene pagato entro il trentesimo giorno dalla data di effetto, in caso contrario la polizza decorre dalle ore 24 del pagamento.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore dal giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società, a mezzo raccomandata, o telex o telefax.

### Art. 3 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### Art. 4 Aggravamento del rischio

L'assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti alla Società o non accettati dalla stessa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

### Art. 5 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

### Art. 6 Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

### Art. 7 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ha facoltà di comunicare il proprio recesso dal contratto con effetto dalla successiva scadenza annuale del premio, rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a centoventi giorni.

### Art. 8 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### Art. 9 Foro competente

Per le controversie diverse da quelle previste dall'art. 29, il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

### Art. 10 Durata dell'assicurazione

Il presente contratto ha validità dalle ore 24.00 del 30.04.2015 alle ore 24.00 del 30.04.2017 (scadenza anniversaria al 30 aprile di ogni anno) e cesserà automaticamente alla scadenza

senza obbligo di disdetta.

Il Contraente si riserva la facoltà di chiedere il rinnovo del contratto, a condizioni ritenute vantaggiose, entro 60 giorni antecedenti la scadenza, per un ulteriore anno.

E' facoltà del Contraente richiedere ed è facoltà della Società concedere, una proroga tecnica temporanea della presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 120 giorni decorrenti dalla scadenza o dalla cessazione in caso di recesso, finalizzata all'espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Si precisa che in caso di gara regionale l'Amministrazione si riserva il diritto di rescindere il contratto alla prima scadenza anniversaria utile.

#### Art. II Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

#### Art. I2 Obblighi dell'appaltatore relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

- La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto;
- Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3;
- Il Contraente verifica in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari;
- L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Contraente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

### Art. 13 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente (rischi professionali), compreso il rischio in itinere.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni subiti in conseguenza di calamità naturali costituite da terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni e fenomeni connessi;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere.

### Art. 14 Esclusioni

Salvo patto speciale non sono compresi nell'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) gli infortuni derivanti da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'Art. 15 - Rischio Guerra; da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) gli infortuni che siano conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, e da esposizione radiazioni ionizzanti;
- d) gli infortuni derivanti dall'abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni
- e) gli infortuni occorsi in occasione di partecipazione ad imprese temerarie, salvo in quest'ultimo caso che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;



- f) le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

#### Art. 15 Estensioni di garanzia:

##### Rischio Guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di mentre si trova all'estero.

##### Morte Presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

##### Danni Estetici

In caso di infortunio non escluso dal presente contratto, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia comporti risarcimento a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di € 2.582,28 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

#### Art. 16 Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico aereo regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, e durante trasporto pubblico passeggeri. In tale estensione non sono compresi i viaggi su velivoli ed elicotteri eserciti da Società/Aziende di Lavoro Aereo, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri o da Aeroclubs.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa, mediante scale ed altre attrezzature speciali aeroportuali, fanno parte del rischio del volo.

Resta convenuto che la somma delle garanzie previste da questa estensione, non può ciascuna persona assicurata i capitali di € 1.032.913,80 per il caso di morte, € 1.032.913,80 per il caso di invalidità permanente totale e € 258,23 giornaliere per il caso di inabilità temporanea assoluta, e per aeromobile i capitali di € 5.164.58,99 per il caso morte, € 5.164.568, per il caso di invalidità permanente totale e di € 5.164,57 giornaliere per il caso di inabilità temporanea assoluta.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio volo con estensioni contemplate da polizze infortuni cumulative stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

#### Art. 17 Servizio militare

Durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta sospesa. Entro il 15° giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi periodo al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

#### Art. 18 Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia con moneta nazionale.

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 5.164.568,99

Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto di assicurazione eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

#### Art. 19 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settantacinque anni.

Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

#### Art. 20 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici cui fossero affette le persone assicurate.

#### Art. 21 Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

#### Art. 22 Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni-obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

#### Art. 23 Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico, deve essere fatta alla Società cui è assegnato il contratto di assicurazione nel termine di 15 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità. Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la Società sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga periodo di cura, deve esserne dato immediatamente avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

#### Art. 24 Criteri di indennizzo

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quando stabilito dall'art. 27.

#### Art. 25 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi testamentari o legittimi. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi testamentari o legittimi.

Qualora l'assicurazione sia stata stipulata in ottemperanza al C.C.N.L. applicabile all'Assicurato, la somma per il caso di morte sarà corrisposta alle persone cui spetta obbligatoriamente in forza del citato C.C.N.L. e solo in mancanza di tali persone si applicherà quanto disposto dai primi due commi del presente articolo.

Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'Assicurato venga dichiarato disperso alle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60, comma 3, del Codice Civile (vedi precedente art. 16 di polizza).

#### Art. 26 Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, secondo la tabella annessa al T.V. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Per gli Assicurati mancini, si conviene che le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni



singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di ernia che per essere determinata da infortunio (ernia traumatica) risulti compresa in garanzia, l'indennità è stabilita come segue:

- se l'ernia è operabile e il contratto prevede il caso di inabilità temporanea, la Società corrisponderà la somma giornaliera assicurata per l'inabilità temporanea, fino ad un massimo di trenta giorni;
- se l'ernia non risulta operabile, la Società corrisponderà l'indennità fino al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione sarà rimessa al Collegio Arbitrale di cui al successivo art.29.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

#### Art. 27 Caso di inabilità temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni. Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea, la Società con riferimento alla natura e conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nell'incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni da quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

#### Art. 28 Cumulo di indennità

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria

legittima.



**Art. 29 Controversie e collegio arbitrale**

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, la vertenza viene deferita ad un Collegio Arbitrale che risiede presso la Sede Legale del Contraente. Il Collegio è composto di tre medici, di cui due nominati dalle Parti, una per ciascuna, ed il terzo d'accordo fra i due primi, o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Arbitrale.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori senza alcuna formalità giudiziaria; le loro decisioni impegnano le Parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte. Ciascuna delle Parti sopporta le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

**Art. 30 Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (v. art. 1916 del Codice Civile) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

**Art. 31 Clausola di revisione periodica del prezzo**

Il presente contratto è soggetto alla revisione periodica del prezzo ai sensi della Legge 23.12.1994 n. 724 laddove ricorrano elementi idonei a giustificare una riduzione.

**Art. 32 Coassicurazione e delega**

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, a deroga dell'art. 1911 c.c., la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Le Società in coassicurazione affidano la delega relativa alla gestione del presente contratto ad una di esse (Delegataria). Pertanto, tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti dal Contraente con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società. La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

**Art. 33 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati;
- c) sinistri liquidati;
- d) sinistri respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

## CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

**ASSICURATI:** sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie per i capitali e indicati:

### A) DONATORI SANGUE

#### Capitali

€ 258.228,45 Morte

€ 258.228,45 LP.

€ 20,66 LT.

€ 5.164,27 R.S.M.O.

#### Garanzie

Infortuni avvenuti durante la donazione sia durante le visite di controllo negli ambulatori, inclusi il rischio in itinere e le conseguenze derivanti dalla donazione, compresa la plasmafelisi del sangue le conseguenze derivanti dalle operazioni di citoafelisi e leucoafelisi.

Inoltre deve essere garantito il rimborso delle spese sostenute in Istituti di cura non accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale ed in eccedenza alle spese non riconosciute, in tutto o in parte, dal Servizio Sanitario Nazionale per:

- onorari dei chirurghi o dell'equipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Sono altresì comprese le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento con aereo in un centro ospedaliero attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società effettua rimborso previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

### B) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO LA PROPRIA AUTOVETTURA (DPR 384 del 28/11/1990)

#### Capitali

€ 103.291,38 Morte

€ 103.291,38 LP.

#### Garanzie

Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre

egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati i dipendenti autorizzati a servirsi in occasione di missioni e per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del mezzo di trasporto, proprio o di altro familiare, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio;

Individuazione degli assicurati:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- data e luogo della trasferta;
- generalità del dipendente autorizzato alla trasferta;
- numero dei chilometri percorsi;
- dichiarazione redatta dal Contraente, in caso di sinistro, che il conducente, con il relativo mezzo, era in missione per conto e su autorizzazione dello stesso.

**C) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO AUTOMEZZI DELLA CONTRAENTE**  
(DPR 384 del 28/11/1990)

Capitali

€ 103.291,38 Morte

€ 103.291,38 I.P.

Garanzie

Infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di conducente di veicoli, per incidenti di circolazione dal momento in cui sale a quello in cui discende dal veicolo; l'assicurazione vale anche mentre egli, in caso di fermata accidentale, si trova a terra per eseguire le operazioni necessarie a consentire al veicolo di riprendere la marcia.

Sono assicurati i conducenti dei veicoli in proprietà o in locazione alla Contraente.

Individuazione degli assicurati:

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento all'elenco delle targhe dei veicoli della contraente indicati al successivo articolo "Calcolo del premio".

**CALCOLO DEL PREMIO**

Il premio conteggiato in base ai costi finiti (inclusa l'imposta) sottoindicati, viene anticipato in via provvisoria sui seguenti preventivi annui denunciati dalla Contraente.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero complessivo degli assicurati (o altro dato) affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla data di ricezione del relativo documento di regolazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo

all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società, a mezzo raccomandata, o telex o telefax.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per gli infortuni accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Cat. A) DONATORI SANGUE

€ 0.50 € lordo procapite

X n 3.500 donazioni

Cat. B) DIPENDENTI IN MISSIONE CHE UTILIZZANO AUTOMEZZI DELLA CONTRAENTE

€ 42.00 lordo procapite X n 15 automezzi, identificati dai seguenti numeri di targa:

DV366DK
DS183ZB
BF970EP
CS592FJ
BX731GR
BY766MW
BX208ZX
BW822FW
DP005XA
DP006XA
AX050JZ
DR969WM
DP003XA
BE469SD
CP812HG



Categoria	Tipo dato variabile	Dato variabile	Premio lordo pro capite	Premio annuo lordo
a) donatori di sangue	Numero donazioni	3.500	€ 0,50	€ 1.750,00
b) dipendenti in missione Automezzi dell'Ente	Numero automezzi	15	€ 42,00	€ 630,00

PREMIO ANNUO

Premio annuo imponibile	€ 2.321,95
Imposte	€ 58,05
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.380,00</b>

Riparto di coassicurazione:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.  
ROMA GRANDI CANTIERI 2106  
L'AGENTE GENERALE  
Aldo Iaquinia

CONTRAENTE/ASSICURATO  
AZIENDA OSPEDALIERA  
COMPLESSO OSPEDALIERO  
SAN GIOVANNI ADDOLORATA  
Il Direttore Amministrativo  
Dott. MASSIMILIANO GIRELLI

## NOTA INFORMATIVA

Le informazioni contenute nella presente nota sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte del contraente, del contratto di Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa e sono redatte secondo le indicazioni contenute nel D. lgs. n° 175 del 17 marzo 1995.

### I. TERMINOLOGIA

- **Cattolica**: Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa brevemente denominata anche Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.; soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Assicurato**: contratto di assicurazione;
- **Assicurazione o contratto**: soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;
- **Contraente**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Sinistro**: somma che Cattolica è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.
- **Indennizzo**: L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore.
- **IVASS (ex ISVAP)**: Istituto con la Legge n° 135 del 17 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della L. n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

### II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

#### Informazioni generali:

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona - tel. 0458391111 - fax 0458391112 - sito internet: [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it) - e-mail: [cattolica@cattolicaassicurazioni.it](mailto:cattolica@cattolicaassicurazioni.it)  
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 986 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019.

#### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa:

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.341 milioni di euro (capitale sociale: 170 milioni di euro - totale riserve patrimoniali: 1.087 milioni di euro).  
L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 3,99 ed è determinato dal rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

### III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

#### A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

#### B. Pagamento del premio

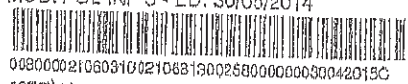
Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito alle scadenze pattuite e può essere eseguito secondo le seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a Cattolica o all'agente in qualità di agente Cattolica;

MOD. POL INF 5 - ED. 30/05/2014

stampata in data 08/05/2015

Polizza n° 002106.81.300256



1 / 2

COPIA PER IL CONTRAENTE

008000021060310021068190025800000030042015C  
SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8391111 - Fax 045 8391112 - C.N.R. e numero di Iscrizione al Registro delle Imprese di Verona 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9988 - Società iscritta all'Albo delle Società Cooperative al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 986 del 29 aprile 1923  
[www.cattolica.it](http://www.cattolica.it)

- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario Cattolica o l'agente in qualità di agente Cattolica.

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 750,00 (settecentocinquanta/00).

**AVVERTENZA:** In presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente pari o superiore a euro 5.000,00 (cinquemila/00) sarà vietato il ricorso al denaro contante.

#### **C. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

**Cattolica Assicurazioni Soc. Coop. - Servizio Reclami**  
Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia)  
Fax: 045/8372354  
E-mail: [reclami@cattolicaassicurazioni.it](mailto:reclami@cattolicaassicurazioni.it)

Indicando i seguenti dati:

- Nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- Numero della polizza e nominativo del contraente;
- Numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- Indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Qualora l'esponente ritenga non soddisfacente la risposta al reclamo o non riceva risposta entro il termine di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n° 21 - 00187 Roma - Fax 06 42133745 oppure 06 42133358, allegando copia del reclamo già inoltrato alla Società ed il relativo eventuale riscontro.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela, ed ogni documento utile a descrivere completamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.  
Il sistema competente è individuabile accedendo al sito  
[http://ec.europa.eu/internal\\_market/finances-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm)

Si ricorda che permane la facoltà di ricorrere all'autorità Giudiziaria.

#### **D. Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

#### **NOTA BENE**

Si richiama l'attenzione del contraente sulla necessità di leggere attentamente l'assicurazione prima di procedere alla sua sottoscrizione. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alle nostre agenzie.

Deliberazione N. DEL

Si attesta che la deliberazione: è stata  
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data

\_\_\_\_\_

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data:

\_\_\_\_\_

- data di esecutività:

\_\_\_\_\_

Deliberazione originale  
Composta di n.        fogli  
Esecutiva il,  
Il Dirigente della UOSD Affari Generali  
(Dr.ssa Maria Rita Corsetti)