



Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno
 SEDE

La sottoscritta **Dr.ssa Angela Biasi** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadrato/a¹ nella disciplina di Medicina

in servizio presso l'U.O. Medicina Generale

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Sarno

specialista in Malattia dell'apparato respiratorio

e- mail [REDACTED]

Tel. [REDACTED]

Codice Fiscale [REDACTED]

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: MEDICINA
- o in alternativa di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni

B) di essere autorizzato/a a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
 - Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery
- individualmente o in équipe (di seguito elencata)

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”³

La sottoscritta Dr.ssa Angela Biasi Matricola _____

SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”

DICHIARA di voler svolgere l’ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Macro-Centro di Responsabilità :
 - Distretto Sanitario _____
 - Ospedale P.O. SARNO
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. MEDICINA GENERALE Sede P.O. SARNO
- Ambulatorio Medicina
- Piano 3° Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _____

DICHIARA di svolgere l’ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Ospedale:

- U.O.

Tipologia di locali:

³ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	16:00	17:00	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17:00	18:00	SECONDO ACCESSO
Martedì	PRIMO ACCESSO
Martedì	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	SECONDO ACCESSO
Giovedì	PRIMO ACCESSO
Giovedì	SECONDO ACCESSO
Venerdì	PRIMO ACCESSO
Venerdì	SECONDO ACCESSO
Sabato	PRIMO ACCESSO
Sabato	SECONDO ACCESSO

La specificazione della "Tipologia di accesso" è indispensabile per la configurazione dell'agenda.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.037	VISITA DIABETOLOGICA	30 MIN	€ 70,00
89010.029	VISITA DI CONTROLLO DIABETOLOGICA	30 MIN	€ 50,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data _____

Angela La Riccadente
La Riccadente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

[Signature]

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

[Signature]

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

⁵ La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrazione, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.

SEZIONE D "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa ⁶
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data _____

Il/La Richiedente
Angela Bor

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

[Signature]

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

[Signature]

⁶ Alla tariffa indicata verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), nonché il compenso per equipe o personale di supporto ove previsto ai sensi dell'art.26 del vigente Regolamento ALPI.