

100.1



Domanda di Attività Libero Professionale Intramoenia

**ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali**  
**ALPI DOMICILIARE**

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

Al Direttore Generale ASL Salerno  
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. PARENTE ROBERTA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadro/a<sup>1</sup> nella disciplina di MEDICINA INTERNA

in servizio presso l'U.O. C. MEDICINA GENERALE DI OLIVETO CITRA

del Macro-Centro di Responsabilità \_\_\_\_ P.O. SAN FRANCESCO D'ASSISI DI OLIVETO CITRA

specialista in \_\_\_\_ MEDICINA INTERNA

e-mail \_\_\_\_@\_\_\_\_.com \_\_\_\_ PEC \_\_\_\_@pec.ordibemeditas.it  
Tel. \_\_\_\_ 856420619 \_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_ INRRRT87H59H703C \_\_\_\_

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 equipollente<sup>2</sup>: \_\_\_\_ MEDICINA INTERNA  
\_\_\_\_\_
  - o in alternativa di essere autorizzato/a, 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.  
<sup>2</sup> 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 ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali  
ALPI DOMICILIARE

**"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"**

Il/La sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ PARENTE ROBERTA \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

**3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i**

**PRIMO STUDIO**

- Studio professionale

sito in Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

**SECONDO STUDIO**

- Studio professionale

sito in Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

**CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO** <sup>3</sup>

(art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)

**ALPI DOMICILIARE**

<sup>3</sup> L'attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l'Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell'Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l'atto autorizzativo rilasciato all'Ambulatorio dal Comune di competenza e l'attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

**DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario**

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	16,00	18,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	18.00	20.00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,00	18,00		PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	20,00		SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
...89700.052.....	.....VISITA INTERNISTICA DOMICILIARE .....	...40" .....	€ ...110.....
...89010.043.....	.....VISITA INTERNISTICA DI CONTROLLO DOMICILIARE .....	...30" .....	€ ...90.....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 07.08.2023

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

**PALMISANO PASCALIA**  
"SANT'ANGELO ASSISI" OLIVETO CITRA  
U.O.C. DI MEDICINA GENERALE - DIRETTORE RESPONSABILE  
DR. GIULIO DE FELICE  
MATR. 11212 - M. ORDINE DEI MEDICI SA 1950

**Il Direttore**  
"La Richiesta" ASL SALERNO  
U.O.C. OLIVETO CITRA  
"SANT'ANGELO ASSISI" OLIVETO CITRA (SA)  
"MEDICINA GENERALE"  
"ROBERTA PARENTE"  
N. ODM SA 10251

**Il Direttore**  
"ASL SALERNO"  
"SANT'ANGELO ASSISI" OLIVETO CITRA (SA)  
"U.O.C. Direzione Sanitaria"  
"Dr. Gerardo Iguori"  
SA 5697

<sup>5</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.  
<sup>6</sup> 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. (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.