



Domanda di autorizzazione 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
S E D E

Il/La sottoscritto/a Dr. **LUGI DEL GIUDICE**

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO _____

Inquadrato/a¹ nella disciplina di NEFROLOGIA _____

in servizio presso l'U.O.C. di NEFROLOGIA E DIALISI _____

del Macro-Centro di Responsabilità: DEA 1 Livello Nocera-Pagani-Scafati P.O. "Umberto I" Nocera

specialista in _____ NEFROLOGIA

e-mail [REDACTED]

PEC [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: _____ NEFROLOGIA
- 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 _____

B) di essere autorizzato/a a svolgere l'ALPI allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.

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 ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali
ALPI DOMICILIARE

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

Il/La sottoscritto/a Dr. LUIGI DEL GIUDICE Matricola [REDACTED]

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 NAPPI n. 73
Comune SAN GIUSEPPE VESUVIANO prov. NA CAP 80047

SECONDO STUDIO

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO ³
(art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)

ALPI DOMICILIARE

³ 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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	14.30	16.30		PRIMO ACCESSO
Venerdì	16.30	18.00		SECONDO ACCESSO
Venerdì	18.00	19.00	VISITA DOMICILIARE	VISITA DOMICILIARE
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.053	..... VISITA NEFROLOGICA PRIMO ACCESSO.....	...60.....	€ ...100.....
89010.044	..... VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO.....	...45.....	€ 80.....
.....	..... VISITA NEFROLOGICA DOMICILIARE.....	60.....	€ 120...
.....	€
.....	€
.....	€

Il/La Richiedente

[Handwritten signature]

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 _____

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

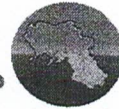
Azienda Sanitaria Locale Salerno
Cod. Fisc. e P.IVA 04701200650
[Handwritten signature]

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
Noceca Inferiore - Pacigliani - Scotofè
IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Maurizio M. D'AMATO S.p.A.
[Handwritten signature]

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.
⁶ 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.



Domanda di autorizzazione 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
S E D E

Il/La sottoscritto/a Dr.ssa DANIELA VICEDOMINI

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO _____

Inquadro/a¹ nella disciplina di NEFROLOGIA _____

in servizio presso l'U.O.C. di NEFROLOGIA E DIALISI _____

del Macro-Centro di Responsabilità: DEA 1 Livello Nocera-Pagani-Scafati P.O. "Umberto I" Nocera

specialista in _____ NEFROLOGIA

e-mail d [REDACTED]

PEC [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: _____ NEFROLOGIA
- 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 _____

B) di essere autorizzato/a a svolgere l'ALPI allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.

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 ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali
ALPI DOMICILIARE

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

Il/La sottoscritto/a Dr. ssa DANIELA VICEDOMINI _____ 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 Carmine n. 51
Comune PAGANI prov. SA _____ CAP _____ 84016 _____

SECONDO STUDIO

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO ³
(art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)

ALPI DOMICILIARE

³ 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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	8.30	10.30		PRIMO ACCESSO
Martedì	10.30	12.00		SECONDO ACCESSO
Martedì	12.00	13.00	VISITA DOMICILIARE	VISITA DOMICILIARE
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.

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.053	.....VISITA NEFROLOGICA PRIMO ACCESSO.....	...60.....	€ ...80.....
89010.044	.....VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO.....	...45.....	€ 70.....
.....	... VISITA NEFROLOGICA DOMICILIARE.....	60	€ 100
.....	€
.....	€
.....	€

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 21/08/2013

Il/La Richiedente

Rosella Ubaldo

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile dell'U.O. appartenenza

Dr. Francesco Balduzzi
Cod. 600639

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Nocera Inferiore - Paigani - Scafati
IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Maurizio Di MBRORO

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ 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.

