



**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  
SEDE**

**Il sottoscritto Dr. LIZZA ROSALIA**

**Matricola** [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO 1 LIVELLO

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA

in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE

specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA

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 equipollente<sup>2</sup>: **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**
- *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 svolgere l'ALPI allargata:**

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale 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.

<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.

*[Handwritten signature]*



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"<sup>5</sup>**

Il sottoscritto Dr. **ROSALIA LIZZA**

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 SAN PAOLO BELSITO N.?  
Comune NOLA prov. NA CAP 80035

**Secondo Studio**

- Studio professionale  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA**

- Struttura sanitaria NON accreditata \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**ALPI domiciliare**

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

<sup>5</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.



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

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	17.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Martedì	18.00	19.30		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	17.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	18.00	19.30		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.

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.







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  
SEDE

Il sottoscritto Dr. TANAGRO SAVINA

Matricola [REDACTED]

<p>Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO 1 LIVELLO</p> <p>inquadrato<sup>1</sup> nella disciplina di OSTETRICIA E GINECOLOGIA</p> <p>in servizio presso l'U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA</p> <p>del Macro-Centro di Responsabilità P.O. UMBERTO I NOCERA INFERIORE</p> <p>specialista in OSTETRICIA E GINECOLOGIA</p> <p>e- mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]</p> <p>Codice Fiscale: [REDACTED]</p>	
--	--

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

CHIEDE

<p><b>A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: <b>OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b></li> <li>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 _____</li> </ul>	
---	--

<p><b>B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:</b></p> <p>secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.</p> <p>A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.</p>	
--	--

<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.

[Handwritten signature]



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"<sup>5</sup>

Il sottoscritto Dr. TANAGRO SAVINA

Matricola

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

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>		
<b>Primo Studio <input checked="" type="checkbox"/></b>		
• Studio professionale sito in Via VINCENZO RUSSO N.202 Comune NOCERA SUPERIORE prov. SA CAP 84015		
<b>Secondo Studio <input type="checkbox"/></b>		
• Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____		
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/></b>		
• Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____		
<b>ALPI domiciliare <input type="checkbox"/></b>		

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

<sup>5</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

6<sup>4</sup>

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

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17.00	18.00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17.00	18.00		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.

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.





SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89260.001	VISITA GINECOLOGICA	30'	€ 80.00
89260.002	VISITA OSTETRICA	30'	€ 80.00
91385.001	PAP-TEST	10'	€ 50.00
89010.039	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA	30'	€ 50.00
89010.057	VISITA DI CONTROLLO OSTETRICA	30'	€ 50.00
88780.004	ECO OSTETRICA	30'	€ 80
88797.001	ECO GINECOLOGICA TV E/O PELVICA	30'	€ 80

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 09 DIC. 2021

*Saul Richiengente*  
Saul Richiengente

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  
Azienda per i Servizi Sanitari SA1  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
Elesso Ospedaliere "Umberto I"  
Pellegrino Inferiore  
Cattedra Operativa di  
Ginecologia e Ginecologia  
22208

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
*Maurizio M. A. Mollino*

<sup>7</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).