



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 sottoscritto Dr. **GIOVANNI D'ANTUONO** Matricola ~~XXXX~~

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente PSICOLOGO

inquadrate¹ nella disciplina di PSICOLOGIA CLINICA

in servizio presso l'U.O. U.O.S.M. 4

del Macro-Centro di Responsabilità DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

specialista in NEUROPSICOLOGIA/PSICOTERAPIA

e-mail ~~XXXXXXXXXX~~ Tel. ~~XXXXXXXXXX~~

Codice Fiscale: ~~XXXXXXXXXX~~

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:
PSICOLOGIA CLINICA

- 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.

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”⁵

Il sottoscritto Dr. GIOVANNI D'ANTUONO 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 X	
• Studio professionale sito in Via Casa Aniello 71 Comune Sant'Antonio Abate prov. Napoli CAP 80057	
Secondo Studio <input type="checkbox"/>	
• Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____	
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>	
• 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 <input type="checkbox"/>	

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

[Handwritten mark]

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 ⁶	Tipo di accesso
Lunedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16:00	17:00	Primo Studio	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17:00	20:00	Primo Studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16:00	17:00	Primo Studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17:00	20:00	Primo Studio	SECONDO ACCESSO
Sabato,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Sabato,.....,.....		SECONDO ACCESSO

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

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
94011.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	120 MIN	€ 120
94012.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	60 MIN	€ 60
94021.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	60 MIN	€ 60
94022.001	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER	60 MIN	€ 60
94081.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	60 MIN	€ 60
94082.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	60 MIN	€ 60
94083.001	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	120 MIN	€ 120
94090.001	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO Per seduta	45 MIN	€ 50
94300.001	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE Per seduta	45 MIN	€ 70
94420.002	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	45 MIN	€ 70
94440.001	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta	45 MIN	€ 70

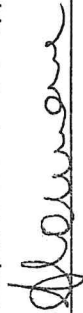
Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 30/11/2021 Il Richiedente 

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



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

