

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

**AIDirettore Generale ASL Salerno
SEDE**

Il sottoscritto Dr. **MARRA MARIA LUISA** Matricola-~~XXXXXX~~

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico
inquadrate¹ nella disciplina di Ostetricia e Ginecologia
in servizio presso l'U.O. Ostetricia e Ginecologia
del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "Santa Maria della Speranza" Battipaglia
specialista in Ostetricia e Ginecologia
e-mail ~~XXXXXXXXXX~~ Tel. ~~XXXXXX~~
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: 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/proprio/lo studio/i professionale/isiti 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. MARRA MARIA LUISA 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 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Comune prov.
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Comune prov.
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Struttura sanitaria NON accreditata _CHECK UP day surgery SRL P.IVA 03289760658 autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento_358/b rilasciato dal Comune di Salerno in data 05/01/2021 sito in Via Andrea De Luca n. 5/C Comune SALERNO prov. _SA_ CAP_ 84131_
ALPI domiciliare <input checked="" type="checkbox"/>

⁵ 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"

DICHIA Di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	14:00	15:00	Visite Domiciliari	PRIMO ACCESSO
Lunedì	15:00	16:00	Visite Domiciliari	SECONDO ACCESSO
Lunedì	16:00	17:00	STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17:00	18:00	STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16:00	17:00	STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:00	18:00	STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA	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.

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

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
88782.001	Ecografia Ginecologica	30min	€ 50.00
88782.004	Ecografia Ostetrica	30min	€ 50.00
88781.001	Ecografia Monitoraggio Ovarico	30min	€ 150.00
89260.001	Visita Ginecologica	30min	€ 50.00
89260.002	Visita Ostetrica	30min	€ 50.00
89010.057	Visita di controllo Ostetrica	20min	€ 100.00
89010.039	Visita di controllo Ginecologica	20min	€ 100.00
911385.001	PAP TEST	20min	€ 60.00
	VISITA OSTETRICA O GINECOLOGICA DOMICILIARE 1° E 2° ACCESSO	60min	€ 80.00

⁷ 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.).

de

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 09/12/2021

Il Richiedente
Alcega

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

Franco

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Il Direttore
RESIDIO SPEDALIERI
ORTICAGLIA ETOL-ROCCADASPIDE
Dr. Salvatore Mario Minerinni

• E' necessario specificare se tratta di un primo o di un secondo accesso.

• La tariffa che si va ad indicare è da intendersi onnicomprensiva 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.).