

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 **PROVENZALE CARLO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO FISIATRA

inquadrate¹ nella disciplina di MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

In servizio presso l'U.O. S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE DEA 1° LIVELLO PO VALLO DELLA LUCANIA- AGROPOLI

del Macro-Centro di Responsabilità AREA MEDICA- DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

specialista in MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

e-mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]

Codice Fiscale: [REDACTED]

Ayendo 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: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- 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 sia 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.

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"⁵

Il sottoscritto **Dr PROVENZALE CARLO** 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 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. SA CAP _____
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• 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 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.

[Handwritten signature]

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
Martedì		PRIMO ACCESSO
Martedì		SECONDO ACCESSO
Mercoledì		PRIMO ACCESSO
Mercoledì		SECONDO ACCESSO
Giovedì		PRIMO ACCESSO
Giovedì		SECONDO ACCESSO
Venerdì		PRIMO ACCESSO
Venerdì		SECONDO ACCESSO
Sabato	10,00	11,00	DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Sabato	11,00	12,00	DOMICILIARE	SECONDO ACCESSO

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

DIREZIONE REGIONALE
 REGIONE LIGURIA
 AREA SANITARIA
 AREA ASSISTENZA
 AREA PREVENZIONE

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
NO COD	PRIMA VISITA FISIATRICA DOMICILIARE	60 MIN	150
NO COD	VISITA FISIATRICA DOMICILIARE DI CONTROLLO	60 MIN	150

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 19/02/2022

[Signature]
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
Della Libero Vello della Azienda (SA)
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

[Signature]
SA7944

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



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.).



Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

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

Al Direttore Generale ASL Salerno
SEDE

Il sottoscritto Dr. **PROVENZALE CARLO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO FISIATRA
Inquadramento¹ nella disciplina di MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
in servizio presso l'U.O. S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE DEA 1° LIVELLO PO VALLO DELLA LUCANIA- AGROPOLI
del Macro-Centro di Responsabilità AREA MEDICA- DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE
specialista in MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
e-mail: [REDACTED] Tel. [REDACTED]
Codice Fiscale: [REDACTED]

Averdo 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:
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- 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 Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
- Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery
individualmente o in équipe (di seguito elencata)

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² La disciplina di appartenenza (equipollente) è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"³

Il sottoscritto Dr. PROVENZALE CARLO

Matricola

SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Macro-Centro di Responsabilità :
 - Distretto Sanitario _____
 - Ospedale PO VALLO DELLA LUCANIA- AGROPOLI
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. S.D. RECUPERO E RIABILITAZIONE Sede PO VALLO DELLA LUCANIA- AGROPOLI
- Ambulatorio U.O.S.D. NEUROFISIOPATOLOGIA 3° PIANO PO VALLO DELLA LUCANIA
- Piano 3° Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) VIA FRANCESCO CAMMAROTA 1, VALLO DELLA LUCANIA, 84078

DICHIARA di svolgere l'ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Ospedale: _____
 - U.O. _____
- Tipologia di locali: _____

³ 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"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	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	15,00	16,00	PRIMO ACCESSO
Venerdì	16,00	17,00	SECONDO ACCESSO
Sabato	PRIMO ACCESSO
Sabato	SECONDO ACCESSO

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

Handwritten signature

7

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.041	VISITA FISIATRICA	30 MIN	€ 120
89010.033	VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO	30 MIN	€ 80
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

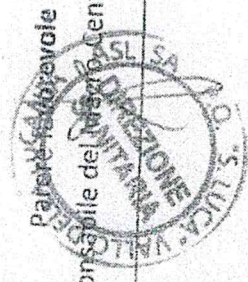
Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 19/01/2022

[Signature]
Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità del Macro-Centro di Responsabilità professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
DEA I Livello Vello della Libertà
[Signature]
UOSD Riabilitazione
Drs.ssa Lucia GUIDA
SA7844



Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

• la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.)

SEZIONE 1 "Tipologia di prestazioni in ALPI" in regime di ricovero

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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.

Data _____

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

• la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).