



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
S E D E

Il sottoscritto Dr. CONTURSI MICHELE Matricola ~~884~~

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Dirigente Medico Dipendente

inquadrate¹ nella disciplina di Organizzazione dei Servizi sanitari di Base

in servizio presso l'U.O. Distretto Sanitario n. 61 Angri- Corbara- Sant'Egidio - Scafati

del Macro-Centro di Responsabilità Distretto Sanitario n° 61 *S. Paul*

specialista in Possesso del Titolo Equipollente della branca di Medicina Interna, maturato con servizio continuativo dal 1-11- 1991 al 15 dicembre 2003 con qualifica di Dirigente Medico Dipendente presso la Medicina Interna dell'Ospedale A.Tortora di Pagani

e- mail m.contursi@aslsalerno.it Tel. ~~0815172542~~

Codice Fiscale: ~~ENIV11910362300~~

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: ////////////////////
- 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 MEDICINA INTERNA

h

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.

1



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. _____ Contursi Michele _____ 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 Distretto Sanitario n. 61 _____
 - Ospedale _____
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. _____ Poliambulatorio _____ Sede __ Angri _____
- Ambulatorio _____ Poliambulatorio _____
- Piano __ I piano Stanza n° _20 o in alternativa Piano II piano Stanza n° 15
- indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _____ Via dei Goti ,Angri- 84012

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.

Me

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	15,00	16,00	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	17,00	SECONDO ACCESSO
Giovedì	15,00	16,00	PRIMO ACCESSO
Giovedì	16,00	17,00	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.



SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
...89.010.001.....	.....Visita internistica	30'	€ ...50.....
.....	.....Visita internistica di controllo	...30....	€40.....
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 18 novembre 2021

Il Richiedente
[Firma]

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

[Firma]
Parere favorevole
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.).

ALPI ALLARGATA - IS1



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. CONTURSI MICHELE Matricola ~~311~~

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Dirigente Medico Dipendente
inquadrate¹ nella disciplina di Organizzazione dei Servizi sanitari di Base
in servizio presso l'U.O. Distretto Sanitario n. 61 Angri- Corbara- Sant'Egidio - Scafati
del Macro-Centro di Responsabilità Distretto Sanitario n° 61
specialista in Possesso del Titolo Equipollente della branca di Medicina Interna, maturato con servizio continuativo dal 1-11-1991 al 15 dicembre 2003 con qualifica di Dirigente Medico Dipendente presso la Medicina Interna dell'Ospedale A.Tortora di Pagani
e-mail m.contursi@aslsalerno.it Tel. ~~081 573312~~
Codice Fiscale: ~~CONTURSI MICHELE 0302390~~

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

CHIEDE

di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: ////////////////////
- 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 MEDICINA INTERNA

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

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. Michele Contursi Matricola 814

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. _____ 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
Mercoledì		PRIMO ACCESSO
Mercoledì		SECONDO ACCESSO
Giovedì		PRIMO ACCESSO
Giovedì		SECONDO ACCESSO
Venerdì		PRIMO ACCESSO
Venerdì		SECONDO ACCESSO
Sabato	10,00	11,00	domicilio utente	PRIMO ACCESSO
Sabato	11,00	12,00		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.

R

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89.010.001	.....visita internistica domiciliare.....	.....45'.....	€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 18/11/2021

Il Richiedente

M. Contino

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
[Signature]



Parere favorevole
Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Signature]

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.).