

ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/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. OLIVIER INTILLA Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente	MEDICO
Inquadrato ¹ nella disciplina di	UROLOGIA
in servizio presso l'U.O.	UROLOGIA
del Macro-Centro di Responsabilità	NOCERA-PAGANI
specialista in	UROLOGIA
e-mail [REDACTED]	Tel. [REDACTED]
Codice Fiscale: [REDACTED]	

Avevo 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
UROLOGIA
- 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 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.

le

1



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.

OLIVIER INTILLA

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"/>	
• Studio professionale sito in Via MICHELE PRISCO n°4 Comune MERCATO SA SEVERINO prov. SALERNO CAP 84085	
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.

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	17,00	18,00	PRIMO STUDIO CARRA BRIGGS.	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	19,00	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.

de

3

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione/ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.91	VISITA SPECIALISTICA.UROLOGICA	20,00	€ 100,00
89010.81VISITA DI CONTROLLO	20,00.	€ 100,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autochiarato 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 09/03/2012

Il Richiedente

OLIVIER INTILLO



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

A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
P.O. U.O. di Nuova Inferiore
Prof. *[Handwritten Signature]*
DIRETTORE U.O.C. UROLOGIA
Mater. 2861 - Cod. NA. 24202

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
Nogera Inferiore - Pagani - Scafati
Il DIRETTORE SANITARIO
Dr. Maurizio M. *[Handwritten 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 sceglie di indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Regionale ALPI (es. compenso equipie o personale di supporto con esclusa, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.)