

ALPI ALLARGATA - IS1

APP 1

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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. Simona Pezzella Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di Patologia Clinica  
in servizio presso l'U.O. Medicina Trasfusionale  
del Macro-Centro di Responsabilità Presidio Ospedaliero di Battipaglia  
specialista in Patologia Clinica  
e-mail [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
Codice Fiscale [REDACTED]

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 equipollente<sup>2</sup>: \_\_Patologia 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

W

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"<sup>5</sup>**

Il sottoscritto Dr. SIMONA PEZZELLA Matricola [REDACTED]

**SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"**

<b>3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i</b>
<b>Primo Studio X</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale CENTRO DONNA sito in Viale Giuseppe Verdi, 23 lotto 5° scala L Comune <u>Salerno</u> prov. <u>SA</u> CAP <u>84131</u></li></ul>
<b>Secondo Studio <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>ALPI domiciliare <input type="checkbox"/></b>

<sup>5</sup> 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"**

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	17.00	19.00		SECONDO ACCESSO
Martedì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17.00	19.00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.00	19.00		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16.00	17.00		PRIMO ACCESSO
Venerdì	17.00	19.00		SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

*Handwritten mark*

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
...89700.016	VISITA SPECIALISTICA CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE	30'	€ .....120.....
...89010.015	VISITA SPECIALISTICA DI CONTROLLO CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE	15'	€ ... ..80
.....	VISITA SPECIALISTICA CON RELAZIONE SCRITTA	45'	€ .....200
.....	CONSULENZA TECNICA DI PARTE	120'	€ ...-500
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 10.3.2022

**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]*  
U.O. MEDICINA TRASFUSIONALE  
DIRETTORE  
*[Firma]*  
Stefano Pipolo

ASL SALERNO  
DIREZIONE Macro-Centro di Responsabilità  
DIRIGENTE MEDICO  
Dott.ssa Nicoletta VOZA  
*[Firma]*  
SA 009498

<sup>7</sup> 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 ASL (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).