



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
S E D E

Il sottoscritto Dott. VALENTINO FRANCO

Matricola [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente	MEDICO
inquadrate ¹ nella disciplina di ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA in servizio presso l'U.O. di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "LUIGI CURTO" DI POLLA	
specialista in di ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
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

<p>A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia</p> <ul style="list-style-type: none">nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIAo 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 _____
--

<p>B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:</p> <p>secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.</p> <p>A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi.</p>

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 Dott. VALENTINO FRANCO

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 checked="" type="checkbox"/>			
• Studio professionale sito in VIA MAGNA GRECIA N° 187 Comune CAPACCIO SCALO prov. SA CAP 84047			
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"/>			

SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”

⁵ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

[Handwritten signature]

2

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata 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	18,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	19,30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato				PRIMO ACCESSO
Sabato				SECONDO ACCESSO

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

Handwritten mark

K

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89.700.060	Visita ortopedica	20 MIN.	100,00 €
89.010.055	Visita ortopedica di controllo	15 MIN.	70,00 €
81.920.001	Iniezioni di sostanze terapeutiche nell'articolazione o legamento	20. MIN	60,00 €
.....	€

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, 08/02/2022

ASL SA - P.O. POLLA
U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Dott. FRANCESCO VALENTINO
FRANCESCO VALENTINO

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
Dott. Pasquale VASTOLA

Dott. Antonio CARONNA
ASL SA
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
Dif. Norm. Dott. T. Caronna

⁶ 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.).

4