



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. IULIANO VINCENZO

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente **MEDICO**

inquadrate¹ nella disciplina di **UROLOGIA**
in servizio presso l'U.O. di **UROLOGIA**
del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "LUIGI CURTO" DI POLLA

specialista in di **UROLOGIA**

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 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 siti 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 mark



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. IULIANO VINCENZO

Matricola XXXXXXXXXX

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"/>			
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale CENTRO MEDICO "CHIRONE" sito in via NAZIONALE Comune ATENA LUCANA prov. SA CAP 84030 			
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 _srl 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.

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				
Martedì				
Mercoledì	15,00	17,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17,00	19,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì		PRIMO ACCESSO
Giovedì		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 allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.091	VISITA UROLOGICA	20 MIN.	50,00 €
88761002	ECOGRAFIA APPARATO URINARIO	20 MIN.	70,00 €
88798.002	ECO- TRASRETTALE	20. MIN	50,00 €
57320.001	URETROCISTOSCOPIA	20 MIN.	100,00 €
91441.001	AGOPSIA PROSTATICA	20. MIN	100,00 €
.....	€

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

Il Richiedente
Dott. Vincenzo IULIANO

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

Dott. Vincenzo IULIANO

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
Dott. Pasquale VASTOLA

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.).



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. **VINCENZO IULIANO**

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente **MEDICO**

inquadrate¹ nella disciplina di **UROLOGIA**

In servizio presso l'U.O. di **UROLOGIA**

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. "**LUIGI CURTO**" DI **POLLA**

specialista in **UROLOGIA**

e-mail: [REDACTED] Tel. [REDACTED]

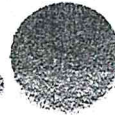
Autorizzato dall' ASL Salerno in base alla Delibera/Determina n° 2355 del 30-05-2017 a svolgere liAPLI nella
Disciplina **UROLOGIA**

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: **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

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene inseriti 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. **VINCENZO IULIANO**

Matricola **[REDACTED]**

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 X **P.O.POLLA**
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- **U.O. di UROLOGIA** Sede **P.O. POLLA**
- Ambulatorio _____
- Piano _____ Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) **Via L.Curto 84035 Polla (SA)** _____

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.

[Handwritten signature]

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	8,30	9,30	PRIMO ACCESSO
Lunedì	9,30	10,30	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	PRIMO ACCESSO
Sabato	SECONDO ACCESSO

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

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.091/88751.0 01/88741.001	VISITA UROLOGICA ED ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE E SUPERIORE		€ 2100,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autocelibrato 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 _____ 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 _____



Direzione Medica di Presidio
P.O. "C. C. " POLLA
ASI SALERNO
Il Direttore
Dott. L. Mandia

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.).