

ALL. 1



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.ssa Maria Santolia** Matricola [REDACTED]

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

inquadrate¹ nella disciplina di *Psicoterapia*

in servizio presso l'U.O. *Consultorio DIG*

del Macro-Centro di Responsabilità *DSM – DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE*

specialista in *Psicoterapia*

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: *Psicoterapia*
- 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 proprio studio professionale 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.



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.ssa Maria Santolia* 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 checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via M. Incagliati 2 Comune Salerno prov. SA CAP 84125
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 _____ autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
ALPI domiciliare <input type="checkbox"/>

Stampa illeggibile
P.IVA _____
rilasciato da _____
Stampa illeggibile

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	15.00	18.00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Martedì	18.00	20.00	Primo studio	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	20.00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Sabato	09.00	12.00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Sabato	12.00	15.00	Primo studio	SECONDO ACCESSO

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

DIREZIONE REGIONALE
 DELLA SANITÀ
 DELLA REGIONE CALABRIA
 C.A.P. 88018 TORO DI
 VERDE

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
94300.001	Psicoterapia individuale per seduta	1 ora	€ 70
94420.001	Psicoterapia di coppia per seduta	1 ora	€ 75
94420.002	Psicoterapia familiare per seduta	1 ora	€ 85
94083.001	Somministrazione test proiettivi e della personalità – MMPI II	2 ore	€ 350
.....	€
.....	€

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 24/02/2022

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.

Il Richiedente

U.O. di appartenenza

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Dr. ssa Antonietta Miraglia
Dirigente Responsabile
Isc. Albo Reg. Campania n. 580

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Dr. Antonio

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.).