

ALL 1

ALPI ALLARGATA

-IS1



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. Ioia Giovanna Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente DIRIGENTE MEDICO

inquadrate nella disciplina di CHIRURGIA GENERALE

in servizio presso l'U.O. CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA P.O. PAGANI

del Macro-Centro di Responsabilità DEA I LIVELLO NOCERA, PAGANI, SCAFATI

specialista in CHIRURGIA GENERALE

e-mail: [REDACTED] Te [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:  
\_\_\_\_\_
  - 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  
\_\_\_\_\_

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>3</sup>**

Il sottoscritto Dr. Giovanna Ioa      Matricola 

**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</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Francesco Manzo 11 Comune Salerno.    prov. (Sa) CAP 84134</li></ul>
<b>Secondo Studio</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Di Gravina 16 Materdei Comune Napoli prov. Na CAP 80100</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.



• 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

**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	Tipo di accesso
Lunedì	15.00	18,30	Salerno	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,30	19,30	Salerno	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15.00	18,30	Salerno	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,30	19,30	Salerno	SECONDO ACCESSO
Giovedì				PRIMO ACCESSO
Giovedì				SECONDO ACCESSO
Venerdì	15.00	18,30	Napoli	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,30	19,30	Napoli	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

*Handwritten mark*

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



SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.018	visita chirurgica	30 min	€ 132
89010.020	Visita di controllo	20 min	€ 100
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 05/04/2022

Il Richiedente

*Giovanna Ioia*

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.

ASL Salerno  
D.E.A. I Livello - Nocera - Pagani - Scafati  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
CHIRURGIA GENERALE e COLONIA  
DIRETTORE  
Dr. Massimiliano FABOZZI  
Matricola 3863

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
D.E.A. I Livello  
Nocera Inferiore - Pagani - Scafati  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Maurizio N. DI AMEROSIO

- 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 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. Bernardino Rampone Matricola [redacted]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente DIRIGENTE MEDICO

---

inquadrate nella disciplina di CHIRURGIA GENERALE

in servizio presso l'U.O. CHIRURGIA GENERALE ED ONCOLOGICA

del Macro-Centro di Responsabilità \_\_\_\_\_

TEL. [redacted]

specialista in CHIRURGIA GENERALE

e-mail. [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:  
\_\_\_\_\_
- 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  
\_\_\_\_\_

K

6



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>3</sup>**

Il sottoscritto Dr. Bernardino Rampone      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"><li>Studio professionale sito in Via Francesco Manzo trav. Giordano, n 8 Comune Salerno.      prov. (Sa) CAP 84134</li></ul>
Secondo Studio <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Casalegno 1 Comune Aversa prov. CAP 81031</li></ul>
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>

<sup>3</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

*BL*

*7*

• 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

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

**DICHIARAdi voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario**

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio	Tipo di accesso
Lunedì	15.00	18,30	Salerno	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,30	19,30	Salerno	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15.00	18,30	Salerno	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,30	19,30	Salerno	SECONDO ACCESSO
Giovedì				PRIMO ACCESSO
Giovedì				SECONDO ACCESSO
Venerdì	15.00	18,30	Aversa	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,30	19,30	Aversa	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO

*Handwritten mark*



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

W

9

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.018	visita chirurgica	30 min	€ 132
89010.020	Visita di controllo	20 min	€ 100
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 05/04/2022

Richiedente  
**Bernardino Rampone**

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. di 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.

CHIRURGIA GENERALE ed ONCOLOGIA  
DIRETTORE  
Dr. Massimo MABOZZI  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. di appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

ASL Salerno - P.E.A. I Livello  
Nocera Inferiore / Nocera Superiore / Scafati  
IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Maurizio M. D'AMERISIO

- 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.).