

ALPI-Is2.1 MODELLO MODIFICA ALPI INTERNA

Alc 1

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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
S E D E

Il sottoscritto Dr. Ferdinando de Falco Matricola n° [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico
inquadrate nella disciplina di Oncologia
in servizio presso l'U.O. di Oncologia – P.O. "A.TORTORA", Pagani
del Macro-Centro di Responsabilità Nocera-Pagani-Scafati
specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio
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 equipollente¹: **ONCOLOGIA**
 - 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 Malattie Apparato Respiratorio

B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
 - Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery
- individualmente o in équipe (di seguito elencata)


[Handwritten signature]

1



Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"²

il sottoscritto Dr. Ferdinando de Falco Matricola 

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: Nocera-Pagani-Scafati
 - Distretto Sanitario _____
 - Ospedale "A.Tortora"
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. Oncologia Sede P.O. "A. Tortora", Pagani
- Ambulatorio Oncologia
- Piano terra Stanza n° 3 DH Oncologia
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via Alcide de Gasperi n.59, 84016 Pagani (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: _____

² 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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì,.....,.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....	SECONDO ACCESSO
3° Martedì del mese	16.30	18.00	PRIMO ACCESSO
3° Martedì del mese	18.15	19.45	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.

K

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI Interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ³ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.053	Visita Primo Accesso	45 minuti	€ 100//00
89010.053	Visita Secondo Accesso	30 minuti	€ 50//00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime **ALP AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO**, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 19.05.2022

F. Felici
Dr. Ferdinando DE FELICI
C.F. FIC129F
Mat. 2956 5661 N. 26797

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
F. Felici
U.O. "ONCOLOGIA"
R.O.C. "TUMORI" - Pagani - Scatati
A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
LOC. VA 28872

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
F. Felici
A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
Nucleo Oncologia - Pagani - Scatati

³ 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.).