



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 Dott. GIOVANNI VICINANZA _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____ Medico I LIVELLO _____
inquadrate¹ nella disciplina di _____GASTROENTEROLOGIA_____
in servizio presso l'U.O. _____GASTROENTEROLOGIA_____
del Macro-Centro di Responsabilità _____DEA I LIVELLO NOCERA PAGANI SCAFATI PO NOCERA_____
specialista in _____GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA_____
e- mail _____ Tel. _____
Codice Fiscale: _____

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:
_____GASTROENTEROLOGIA_____
- 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 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 Dr. GIOVANNI VICINANZA 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 type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Solimena 29 Comune Nocera Inferiore prov. SA CAP 84014
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 _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
<input checked="" type="checkbox"/> ALPI domiciliare <input checked="" 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.

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁵	Tipo di accesso
Lunedì				PRIMO ACCESSO
Lunedì				SECONDO ACCESSO
Martedì	17.00	20.00		VISITA DOMICILIARE
Mercoledì	15.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18.00	20.00		SECONDO ACCESSO
Giovedì	17.00	20.00		VISITA DOMICILIARE
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.

⁵ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

W

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.044	..... VISITA GASTROENTEROLOGICA I ACCESSO.....	30 MINUTI	€ 100
89010.035	..... VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO.....	15 MINUTI	€ 50
Non esiste codice	VISITA GASTROENTEROLOGICA DOMICILIARE	30 minuti	€ 150
.....	€
.....	€
.....	€

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 28-9-2022

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.

[Signature]
Il Richiedente

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile dell'U.O. appartenenza
U.O. di GASTROENTEROLOGIA
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
Dr. Antonio CUOMO
N. Ordine SA 8252

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
Nocera Inferiore - Pagani - Scafati

[Signature]
IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Maurizio M. I. MARRAS

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.).