



Domanda di modifica 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/La sottoscritto/a REA Giovanni Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n. 89 del 26.01.2021

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico;  
Inquadrato/a<sup>1</sup> nella disciplina di Psichiatria  
in servizio presso l'U.O. Demenze Nocera Inferiore  
del Macro-Centro di Responsabilità D.S.B. n. 60 di Nocera Inferiore  
specialista in Neurologia  
e- mail: [redacted]@asl Salerno.it PEC ..... Tel. [redacted]  
Codice Fiscale: REA GNN 60S25F912W

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

- X nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente<sup>2</sup>: **neurologia**
- o in alternativa di essere autorizzato/a, 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

<sup>2</sup> 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”**

Il/La sottoscritto/a Dr. REA Giovanni Matricola 

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

<b>3. DICHIARA di svolgere l’ALPI Allargata presso il seguente studio professionale - privato</b>
PRIMO STUDIO <input type="checkbox"/> -
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito Comune : _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/> -
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO</b> <sup>3</sup> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001) Sito in VIA C. VENTRA n° 3 – Nocera Inferiore - Prov. SA
<b>ALPI DOMICILIARE</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI

<sup>3</sup> L’attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l’Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell’Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l’atto autorizzativo rilasciato all’Ambulatorio dal Comune di competenza e l’attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.



**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 <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	16,00	18,00	Domiciliare	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	19,00	Domiciliare	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16,00	18,00	Centro Sanitario non accreditato	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	18,00	20,00	Centro Sanitario non accreditato	SECONDO ACCESSO
Venerdì				
Venerdì				
Sabato				
Sabato				

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

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

*bl*

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa <sup>6</sup>
89130.002	Visita Neurologica - ( 1° accesso )	40 minuti	€ 100,00
89010.047	Visita Neurologica - ( 2° accesso )	30 minuti	€ 70,00
	Visita Neurologica Domiciliare ( 1° accesso )	60 minuti	€ 100,00
	Visita Neurologica Domiciliare ( 2° accesso )	60 minuti	€ 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 17-11-2012

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.

**Paolo Favre**  
A.S.L. SALERNO  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
Centro Disturbi Cognitivi e Demenze  
Resp. Dott. GIOVANNI REA  
Cod. Struttura: 20706000  
Cod. Prescrittore: SA 006364

**A.S.L. SALERNO**

C.D. C.D.

Centro Disturbi Cognitivi e Demenze

Resp. Dott. GIOVANNI REA

Cod. Struttura: 20706000

Cod. Prescrittore: SA 006364

**Azienda Sanitaria Locale Salerno**

Parere del Direttore Sanitario N. 60

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

Dott. Vincenzo Iamontano

<sup>5</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

<sup>6</sup> La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrativa, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.