



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
S E D E

Il sottoscritto **Dr. Vito Gargano**

Matricola N. **260**

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico di 1° Livello

inquadrato¹ nella disciplina di Chirurgia Generale

in servizio presso l'U.O. di Chirurgia Generale P.O. di Oliveto Citra (SA)

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. Oliveto Citra

specialista in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva

e- mail: **gargano@aslsalerno.it** Tel. **0827 703152**

Codice Fiscale: **RG VTI 61B19 H 703 D**

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: Chirurgia Generale
- 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 lo studio professionale sito 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”⁴

Il sottoscritto Dr. Vito Gargano

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 _____, n. _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
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 <u>Centro Promedical - VILLA VERDE S.R.L. - P.IVA IT 03593330651</u> autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento <u>PROVVEDIMENTO N.55 DEL 29/09/2020</u> rilasciato da <u>ASL Salerno-Dipartimento di Prevenzione Commissione ex</u> <u>D.G.R.G. 3958/01 e ss.mm.ii.</u> in data <u>29/09/2020</u> sito in Via <u>_____</u> situato in via <u>G. Brodolini s.n.c.</u> Comune <u>Cattipaglia 84091</u> prov. <u>SA</u> CAP <u>84091</u>
ALPI domiciliare <input type="checkbox"/>

Di essere consapevole che la convenzione richiesta vieta ogni rapporto diretto tra il Professionista incaricato di effettuare la prestazione e la Struttura privata e pertanto si obbliga a non corrispondere nessuna forma di remunerazione diretta al medico;

⁴ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

W

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	16.30	17.30	Struttura sanitaria non accreditata	PRIMO ACCESSO
Martedì	17.30	18.30	Struttura sanitaria non accreditata	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.

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

6

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
39920.001	Iniezione sostanze sclerosanti	30 minuti	80 euro
39700.012	visita angiologica	30 minuti	120 euro

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.

Matteo G... (signature)

Il Richiedente

Data 30 settembre 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.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

(Signature)

A.S.L. SALERNO
P.O. SAN FRANCESCO D'ASSISI
P.O. OLIVETO CITRA (SA)
U.O.C. Chirurgia Generale
Dott. **Ermanno D'Arco**
codice SA 5055

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

(Signature)

San Francesco d'Assisi
OLIVETO CITRA
Direz. Sanitaria

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.).

4