

Alp 1

# ALPI ALLARGATA - IS1

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



**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/La sottoscritto/a Dr. Marco Barba**

**Matricola n°** [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico

Inquadrate nella disciplina di Medicina Interna

in servizio presso l'U.O. Medicina Generale

del Macro-Centro di Responsabilità: DEA 1° livello Nocera Inferiore - Pagani - Scafati

specialista in Reumatologia

e-mail: [REDACTED] PEC: [REDACTED] Tel.: [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<sup>1</sup>: MEDICINA INTERNA

**B) di essere autorizzato/a a svolgere l'ALPI allargata:**

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale 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.

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

h

1  
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"**

Il sottoscritto Dr. Marco Barba Matricola n° XXXXXXXXXX

**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 <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Valentino Formosa n°14 Comune San Valentino Torio prov. SA CAP84010</li></ul>
<b>SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/><sup>2</sup></b> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
<b>ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/></b>

<sup>2</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"**

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario</b>				
<b>Giorni</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>	<b>Studio<sup>3</sup></b>	<b>Tipo di accesso</b>
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	15.00	17.30	San Valentino Torio	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.30	19.00	San Valentino Torio	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.

<sup>3</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

K

