

**ALPI ALLARGATA –IS1**

*All. 1*

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



ASL SALERNO  
Presidio Ospedaliero "San Luca"  
84078 Vallo della Lucania (SA)  
DIREZIONE SANITARIA  
PGN. 26357 del 02/02/2023

**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 MICHELE SANTORO Matricola

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico  
inquadro<sup>1</sup> nella disciplina di CARDIOLOGIA  
in servizio presso U.O.C UTIC CARDIOLOGIA  
del Macro-Centro di Responsabilità PO S LUCA DI VALLO DELLA LUCANIA  
specialista in CARDIOLOGIA  
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 equipollente<sup>2</sup>: CARDIOLOGIA
- 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 \_\_\_\_\_

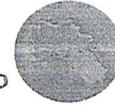
**B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI allargata:**

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.

<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”<sup>5</sup>

Il sottoscritto **Dr MICHELE SANTORO** Matricola

**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</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via VIGNE N°4 Comune CASTELNUOVO CILENTO prov SA CAP 84040</li></ul>
<b>Secondo Studio</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>ALPI domiciliare</b> <input checked="" type="checkbox"/>

**SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”**

<sup>5</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	15.30	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Martedì	16.00	17.00	DOMICILIARE	PRIMO ACCESSO
Martedì	17.00	18.00	DOMICILIARE	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15.30	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì	15.30	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	17.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	15.30	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	15.30	17.00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Sabato	17.00	18.30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO

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

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

bl

