

ALPI ALLARGATA - IS1

All. 1

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. **CAMMILLI MARCELLO** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO 1° LIVELLO

Inquadrate/a¹ nella disciplina di ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

in servizio presso l'U.O. ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità PRESIDIO OSPEDALIERO DELL'IMMACOLATA DI SAPRI

specialista in ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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 equipollente²: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
- 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 _____

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.

h



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. CAMMILLI MARCELLO 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 CARLO ALBERTO 32/B Comune SAPRI prov. SA CAP 84073
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via NAZIONALE 257 Comune PADULA prov. SA CAP 84034
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/>³ (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
ALPI DOMICILIARE <input checked="" type="checkbox"/>

³ 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	Studio⁴	Tipo di accesso
Lunedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	15,00	16,00	SAPRI	PRIMO ACCESSO
Martedì	16,00	17,00	SAPRI	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16,00	17,00	PADULA	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17,00	18,00	PADULA	SECONDO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì,.....,.....	DOMICILIARI	PRIMO ACCESSO
Venerdì,.....,.....	DOMICILIARI	SECONDO ACCESSO
Sabato	17,00	18,00	SAPRI	PRIMO ACCESSO
Sabato	18,00	19,00	SAPRI	SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

K

SEZIONE

C

"Tipologi

a di

prestazio

ni in ALPI

allargata"

Come già
autodichiar
ato

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.060	VISITA ORTOPEDICA	20 MIN	€ 130,00 INCLUSO BOLLO
89010.055	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO.	15 MIN	€ 80,00 INCLUSO BOLLO
81920.001	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE IN ART/LEG.	10 MIN	€ 80,00 INCLUSO BOLLO
L22F	.VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICOLEGALICON RELAZIONE SCRITTA LIEVE	30 MIN	€ 250,00 INCLUSA IVA
L23F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICOLEGALICON RELAZIONE SCRITTA MEDIA	30 MIN	€ 350,00 INCLUSA IVA
L24F	VISITA SPECIALISTICA AI FINI MEDICOLEGALICON RELAZIONE SCRITTA ALTA	1 ORA	€ 500,00 INCLUSA IVA

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 01/03/2023

Il/La Richiedente

_____ 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.

ASL SA/Parere favorevole

Il Direttore Responsabile dell'U.O. appartenenza

U.O. di Ortopedia e Traumatologia

Dott. Antonio MOLINARO

(797 - SA 5081)

Direttore Unità Operativa

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ 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 amministrazione, 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.