

ALPI ALLARGATA –IS1

ALL 1

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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 Dr. PIO FIORENTINI Matricola [REDACTED] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 14 del 08/01/2021

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente MEDICO

Inquadrato/a¹ nella disciplina di NEFROLOGIA

in servizio presso l'U.O.C. NEFROLOGIA E DIALISI

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. " UMBERTO I " di NOCERA INFERIORE

specialista in NEFROLOGIA

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: NEFROLOGIA
- *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.



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. PIO FIORENTINI 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 XXV LUGLIO N. 160 Comune CAVA DE’ TIRRENI prov SA CAP 84013
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
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 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	Studio ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	08:30	10:00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	10:00	13:00		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16:30	18:00		PRIMO ACCESSO
Venerdì	18:00	20:00		SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.053	Visita Nefrologica	45'	€ 100
89010.044	Visita di Controllo Nefrologica	30'	€ 80
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 08 Feb 2009

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.

Parere favorevole
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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.



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
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. Olivier Intilla Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n° 435 del 28/03/2022

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____MEDICO-CHIRURGO_____

Inquadro/a¹ nella disciplina di _____UROLOGIA_____

in servizio presso l'U.O. _____U.O.C.UROLOGIA_____

del Macro-Centro di Responsabilità _____NOCERA/PAGANI_____

specialista in _____UROLOGIA_____

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: _____UROLOGIA x_____
- 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.

Handwritten mark

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ³	Tipo di accesso
Lunedì		PRIMO ACCESSO
Lunedì		SECONDO ACCESSO
Martedì		PRIMO ACCESSO
Martedì		SECONDO ACCESSO
Mercoledì		PRIMO ACCESSO
Mercoledì		SECONDO ACCESSO
Giovedì		PRIMO ACCESSO
Giovedì		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,30	17,30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	19,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato		PRIMO ACCESSO
Sabato		SECONDO ACCESSO

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
 U.E.A. I Livello - Nocera - Pagani - S. Maria Capua Vetere
 P.O. "UMBERTO I" - Nocera Inferiore
 P.O.C. "LUNOLONIA"
 DIRETTORE
 Prof. Dr. R. SANSEVERINO

³ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.91	.....VISITA SPECIALISTICA UROLOGICA	20 MIN	€ 100,00
89010.81	.....VISITA DI CONTROLLO	10 MIN	€ 80,00
.....	€

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 23/01/2023

Il/La Richiedente
[Signature]
OLIVIER INTILIA

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

AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO
D.E.A. I Livello Nocera - Pagani - Scala
P.O. "UMBERTO I" Nocera Inferiore
U.O.C. di UROLOGIA
DIRETTORE
Prof. Dr. R. SANSEVELLA

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
[Signature]

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁵ 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. (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.