



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. NICOLA ANDREOTTOLA \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente \_\_\_\_\_ VERERINARIO \_\_\_\_\_  
Inquadrato<sup>1</sup> nella disciplina di \_\_\_\_\_ SANITÀ ANIMALE \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'U.O. V N 4 AMBITO DISTRETTUALE 64/65 \_\_\_\_\_  
del Macro-Centro di Responsabilità \_\_\_\_\_ DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE \_\_\_\_\_  
specialista in \_\_\_\_\_ ALIMENTAZIONE ANIMALE \_\_\_\_\_  
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>: \_\_\_\_\_ CLINICA E CHIRURGIA PICCOLI ANIMALI
  - 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. \_\_\_\_\_ NICOLA ANDREOTTOLA \_\_\_\_\_ 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</li></ul>	
sito in Via _____ FIRENZE 47 _____	
Comune _____ MERCATO SAN SEVERINO _____ prov. _____ SA _____ CAP _____ 84085 _____	
<b>Secondo Studio</b> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale</li></ul>	
sito in Via _____	
Comune _____ prov. _____ CAP _____	
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA</b> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____</li></ul>	
autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____	
_____ in data _____	
sito in Via _____	
Comune _____ prov. _____ CAP _____	
<b>ALPI domiciliare</b> <input checked="" type="checkbox"/>	

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

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 <sup>5</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	17,00	18,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	19,00		SECONDO ACCESSO
Martedì	19,00	20,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	18,00	19,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	17,00	18,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Giovedì	18,00	19,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	SECONDO ACCESSO
Venerdì	19,00	20,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	11,00	12,00	MERCATO SAN SEVERINO VIA FIRENZE 47	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

<sup>5</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

4



SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
... VET.A.01 ....	..... VISITA GENERICA ANIMALE DI AFFEZIONE.....	30 MIN	€ 50.....
... VET.A.05.	..... VACCINAZIONE CANE EPTAVALENTE.....	30 MIN.	€ 50.....
VET.A.06	..... VACCINAZIONE CANE LEISHMANIA.....	40 MIN.	€ 130..
VET.A.10	..... CASTRAZIONE CANE.....	120 MIN.	€ 200.....
... VET.A.12	..... STERILIZZAZIONE CANE.....	120 MIN....	€ 300.....
... VET.A.42	.....APPLICAZIONE MICROCHIP.....	30 MIN.	€ ...40.....
VET.A.35	DETARTRASI CANE	60 MIN	€ .120
VET.A.43	EMOCROMO	25 MIN	€ .40
VET.A.44	ESAME LABORATORIO BIOCHIMICO	40 MIN	€ .100
VET.A.19	EUTANASIA	40 MIN	€ .120
VET.L.01	CONSULENZA VETERINARIA CHIRURGICA CON RELAZIONE/PERIZIA	200 MIN	€ .400
VET.PS.01	ACCESSO PRONTO SOCCORSO VETERINARIO	120 MIN	€ .200

<sup>7</sup> 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.).

VET.A.15	CHIRURGIA ADDOMINALE CANE GRANDE	150 MIN	€ .500
----------	----------------------------------	---------	--------

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 6/11/2022

*Luigi Morena* Il 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

A.S.L. SALERNO  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 UNITÀ OPERATIVA VETERINARIA N. 4  
 (ambito dist. 64 - 05)  
 DIRIGENTE RESPONSABILE  
 Dr. Luigi MORENA



**Parere favorevole**

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

ASL Salerno  
 Azienda Sanitaria Locale Salerno  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 IL DIRETTORE  
 Dott. Domenico Della Porta

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi onnicomprensiva 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.).