

All. 1



Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

Al Direttore Generale ASL Salerno
SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr. Catello Califano Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di **Direttore U.O.C di Ematologia**_

Inquadrato/a¹ nella disciplina di
_____ **Ematologia** _____

in servizio presso l'U.O.C. **Ematologia** _____

del Macro-Centro di Responsabilità **DEA NOCERA-PAGANI_SCAFATI** _____

specialista in **Ematologia e Medicina Interna** _____

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:
_____ **EMATOLOGIA** _____
- *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 a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- **Prestazioni Ambulatoriali**
- **Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario** / **Day Hospital/Day Surgery**
individualmente o in équipe (di seguito elencata)

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.

1

Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”³

Il/La sottoscritto/a Dr. Catello Califano Matricola ██████

SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”

DICHIARA di voler svolgere l’ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Macro-Centro di Responsabilità :
 - Distretto Sanitario
 - Ospedale X A. Tortora -Pagani
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. Ematologia Sede P.O. A. Tortora -Pagani
- Ambulatorio Ematologia
- Piano 0 Stanza n° 1
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via A. De Gasperi 1, Pagani, 84014

DICHIARA di svolgere l’ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

³ La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

- Ospedale: _____
- U.O. _____

Tipologia di locali: _____

—

SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	PRIMO ACCESSO
Lunedì	SECONDO ACCESSO
Martedì	15.00	16.30	PRIMO ACCESSO
Martedì	16.30	17.00	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	SECONDO ACCESSO
Giovedì	PRIMO ACCESSO
Giovedì	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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89010.38.....	Visita Ematologia –Prima Visita.....	...30....	€ ...135.....
89700.30.....	Visita Ematologica - Controllo.....	15	€ ...85.....
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già auto-dichiarato 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 17/4/2023

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.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

⁵ La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENP Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrazione, la quota di legge di conversione del Decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art. 19 del Decreto Balduzzi).

19.04.2023
07:51:51
GMT+01:00

CATELLO
CALIFANO
19.04.2023

MAURIZIO
MARIA D'AMBROSIO
19.04.2023
Aggiunta imposta di bollo per prestazioni di importo superiore ad Euro 77,47. Destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012