



**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  
SEDE

Il sottoscritto **Dr. Rinaldi Vincenzo**

Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico Radiologo

inquadrato<sup>1</sup> nella disciplina di Radiologia

in servizio presso l'U.O. Radiologia Eboli

del Macro-Centro di Responsabilità Eboli

specialista in Radiodiagnostica

e-mail [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 equipollente<sup>2</sup>: **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
- 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>4</sup>**

Il sottoscritto Dr. Rinaldi Vincenzo

Matricola XXXXXXXXXX

**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 X**

- Studio professionale  
sito in Via Aurelio Fierro  
Comune: San Cipriano Picentino prov. SA CAP: 84099

**Secondo Studio**

- Studio professionale  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA**

- Struttura sanitaria NON accreditata \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
autorizzata all’esercizio di attività sanitaria con provvedimento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_  
sito in Via \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**ALPI domiciliare**

<sup>4</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"**

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

Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>5</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	09,00	11,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	16,00	18,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Martedì	09,00	11,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Martedì				SECONDO ACCESSO
Mercoledì	09,00	11,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	18,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì				PRIMO ACCESSO
Giovedì	16,00	18,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	09,00	11,00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	16,00	18,00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	09,00	11,00	PRIMO STUDIO	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.

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"**

Codice Prestazione <sup>6</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
88732.001	Ecografia della mammella destra	20'	€ 60,00
88732.002	Ecografia della mammella sinistra	20'	€ 60,00
88731.001	Ecografia della mammella bilaterale	30'	€ 100,00
88791.001	Ecografia cute e sottocute NAS	20'	€ 50,00
88751.001	Ecografia addome inferiore	30'	€ 70,00
88751.002	Ecografia addome inferiore con valutazione residuo post-minzionale ( RPM )	20'	€ 70,00
88761.003	Ecografia addome completo in Radiologia	40'	€ 90,00
88741.005	Ecografia addome superiore in Radiologia	30'	€ 70,00
88761.002	Ecografia addome apparato urinario ( reni, ureteri, vescica )	30'	€ 70,00
88714.002	Ecografia ghiandole salivari maggiori	20'	€ 50,00
88714.009	Ecografia tiroide e paratiroide in Radiologia	30'	€ 70,00
88796.001	Ecografia testicolare	20'	€ 70,00

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

<sup>6</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.).

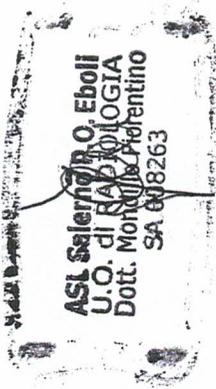
U.O. di appartenenza.

Data 13/02/2023

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

REGIONE CAMPANIA  
ASL SALERNO  
DEPT. LIVELLI  
EBOLI - BATTIPAGLIA - RUFFANO - CASAPIDE  
Dir. San. F.F. Dot.essa M. Lettera Vozi

• 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.).

5