



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. Raffaele Bevilacqua Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di **Dirigente Veterinario**

inquadrate¹ nella disciplina di **Sanità Animale**

in servizio presso l'**U.O. Veterinaria Interdistrettuale n° 3 di Salerno – Mercato S. Severino – Giffoni V. P.**

del Macro-Centro di Responsabilità **Dipartimento di Prevenzione**

specialista in **Ispezione degli Alimenti di Origine Animale – Fisiopatologia della Riproduzione degli animali domestici**

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 equipollente²: **Sanità Animale – Clinica e Chirurgia dei 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 _____

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”⁵

Il sottoscritto Dr. **Raffaele Bevilacqua** Matricola **[REDACTED]**

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 _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">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 <input checked="" type="checkbox"/>

⁵ 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	Studio⁶	Tipo di accesso
Lunedì	16,30	20,00		PRIMO ACCESSO
Lunedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16,30	20,00		PRIMO ACCESSO
Martedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16,30	20,00		PRIMO ACCESSO
Mercoledì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	16,30	20,00		SECONDO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	10,00	13,00		PRIMO ACCESSO
Sabato,.....,.....		SECONDO ACCESSO

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

⁶ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva di Enpav ed IVA
VET001	APPLICAZIONE MICROCHIP	20'	€ 20,00
VET007	DETARTRASI (ESCLUSA ANESTESIA)	30'	€ 40,00
VET 013	ORCHIECTOMIA CANE	30'	€ 80,00
VET014	ORCHIECTOMIA GATTO	30'	€ 70,00
VET015	OVARIOISTERECTOMIA CANE	45'	€ 130,00
VET016	OVARIOISTERECTOMIA GATTO	40'	€ 100,00
VET020	ANESTESIA	60'	€ 50,00
VET023	VISITA DOMICILIARE E VACCINAZIONE	20'	€ 25,00
VET031	VISITA DOMICILIARE VETERINARIA	30'	€ 30,00
VET033	ECOGRAFIA (ECO FAST)	20'	€ 30,00
VET004	CERTIFICAZIONE	20'	€ 50,00
VET030	SEDAZIONE	30'	€ 40,00

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.

⁷ 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.).

Data 03 Gennaio 2022

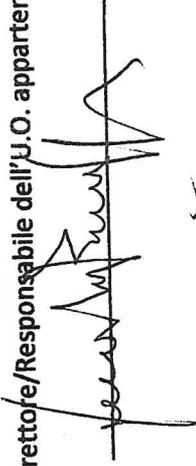
Il Richiedente



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.

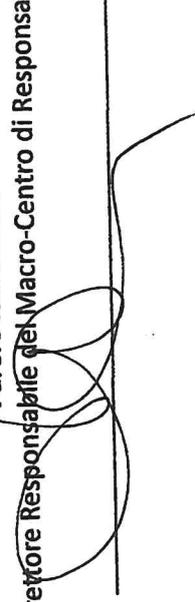
Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza



Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità



- 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 equippe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).