

Alc 1

# ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



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*

SEDE

Al Direttore Generale ASL Salerno

Il sottoscritto Dr. **GIOVANNI DE LUCIA**

Matricola

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Veterinario  
inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di AREA A ( SANITA' ANIMALE ) – RANDAGISMO  
in servizio presso l'U.O. S.D. VET. 3 – EX DS 67 MERCATO S. SEVERINO  
del Macro-Centro di Responsabilità DIPARTIMENTO di PREVENZIONE  
specialista in ALIMENTAZIONE ANIMALE - ETOLOGIA APPLICATA E BENESSERE ANIMALE  
e- mail [g.delucia@aslsalerno.it](mailto:g.delucia@aslsalerno.it) 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>:  
\_\_\_\_\_
- 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. GIOVANNI DE LUCIA

Matricola ~~XXXXXX~~

**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 <input checked="" type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via Prolungamento Matteotti n. 127 Comune SARNO prov. SALERNO CAP 84087</li></ul>
<b>Secondo Studio <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>
<b>ALPI domiciliare <input type="checkbox"/></b>

<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	16.30	19.30		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	////////////////	////////////////		PRIMO ACCESSO
Martedì	////////	////////////////		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	16.30	19.30		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16.30	19.30		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16.30	19.30		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	16.30	19.30		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 <sup>a</sup>
Vet. 023	VISITA CANE/GATTO	20 m.	€ 20.00
VET. 028	VACCINAZIONI	20 m.	€ 25.00
VET. 008	EMOCROMO	30 m.	€ 25.00
VET. 009	ESAME BIOCHIMICO	30 m.	€ 30.00
VET. 034	Radiografia calcanea	30 m.	€ 30.00
Vet. 033	ECOGRAFIA	30 m.	€ 40.00
VET. 020	ANESTESIA	30 m.	€ 40.00
VET. 013	ORCHIECTOMIA CANE	1 ora	€ 50.00

<sup>6</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

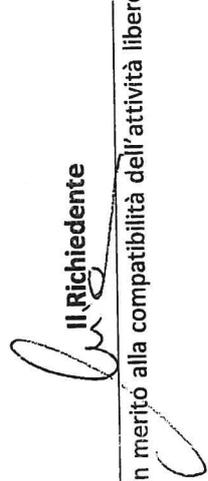
- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto dove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

VET. 014	X	ORCHIECTOMIA GATTO	30 m.	€ 50.00
	λ	OVARISTERECTOMIA CANE	1 ora	€ 80.00
VET. 015		OVARISTERECTOMIA GATTO	1 ora	€ 80.00
VET. 016	X	DETARTRASI	30 m.	€ 80.00
VET. 007	X			
VET. 022	X	TERAPIA GIORNALIERA	20 m.	€ 20.00
VET. 024	Y	VISITA E TERAPIA DI URGENZA	1 ora	€ 40.00
VET. 001	λ	APPLICAZIONE MICROCHIP	15 m.	€ 20.00
VET. 004	Y	RILASCIO CERTIFICATO MEDICO LEGALE	30 m.	€ 50.00

Comie 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 30-12-2021

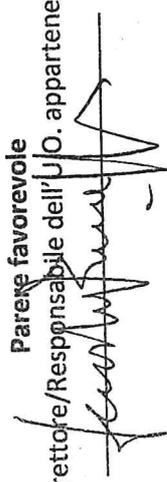
Il Richiedente



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.

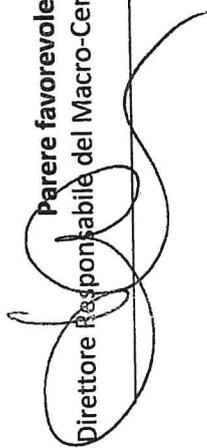
Parere favorevole

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 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.).

# ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE

**ASL Salerno**  
Azienda Sanitaria Locale Salerno



ALL 2

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. Giuseppe Velluto Matricola

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Veterinario inquadrato<sup>1</sup> nella disciplina di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche in servizio presso l'U.O.V.S.D. VET 3 Ambito Mercato San Severino del Macro-Centro di Responsabilità :Dipartimento di Prevenzione specialista in ////////////email:g.velluto@aslsalerno.it - 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 DEGLI ANIMALI DA AFFEZIONE
- 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.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

<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. Giuseppe Velluto Matricola ~~XXXXXX~~

**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>
Primo Studio <input checked="" type="checkbox"/>
• Studio professionale sito in Via Corso Claudio,62 - Castel San Giorgio (SA) CAP: 84083
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
• Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____
<b>STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/></b>
• 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"/> su richiesta

<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>6</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	16,30	19,30		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	16,30	19,30		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	16,30	19,30		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	16,30	19,30		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	09.30	11,00	Atti domiciliari	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

<sup>6</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

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

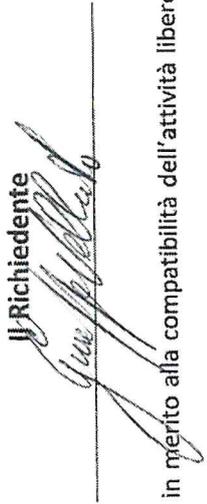
Codice Prestazione <sup>7</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
Vet.023	Visita clinica	20 minuti	€ 20,00
Vet.028	Visita e vaccinazione	20 minuti	€ 25,00
Vet.020	Sedazione/Anestesia	20 minuti	€ 35,00
Vet.003	Cateterismo vescicale	20 minuti	€ 20,00
Vet.014	Orchiectomia gatto	20 minuti	€ 40,00
Vet.013	Orchiectomia cane	25 minuti	€ 60,00
Vet.007	Datatarasi	30 minuti	€ 40,00
Vet.016	Ovarioisterectomia gatta	40 minuti	€ 50,00
Vet.015	Ovarioisterectomia cagna	40 minuti	€ 80,00
Vet.019	Asportazione cisti ed estrazione dente	40 minuti	€ 40,00
Vet.022	Terapie ambulatoriali	10 minuti	€ 10,00
Vet.001	Applicazione microchip	20 minuti	€ 20,00
Vet.004	Certificazione	15 minuti	€ 20,00
Vet.011	Eutanasia	20 minuti	€ 35,00
Vet.021	Sutura ferita	20 minuti	€ 20,00

<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.).

Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI *non* sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O.di appartenenza.

Data 20/01/2022

**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



**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.).

10