

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. Paola Perrotta Matricola 

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente **Psicologo**
inquadrate¹ nella disciplina di **Psicoterapia**
in servizio presso l'U.O. **SPDC Salerno**
del Macro-Centro di Responsabilità **Dipartimento Salute Mentale ASL Salerno**
specialista in **Psicoterapia**
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 equipollente²: **Psicoterapia**
- 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.

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. **Paola Perrotta** Matricola 

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
<ul style="list-style-type: none"> Studio professionale sito in Via G. Paparo n°1 Comune Massa di Somma prov. Na CAP 80040
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 type="checkbox"/>

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

Handwritten signature

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 ⁶	Tipo di accesso
Lunedì	19,30	20,30	Primo studio	Primo accesso
Lunedì	20,30	21,30	Primo studio	Secondo accesso
Martedì	.....	.....
Martedì	.....	.....
Mercoledì	16,00	17,00	Primo studio	Primo accesso
Mercoledì	17,00	21,00	Primo Studio	Secondo accesso
Giovedì	.....	.....
Giovedì	.....	.....
Venerdì	16,00	17,00	Primo studio	Primo accesso
Venerdì	17,00	21,00	Primo studio	Secondo accesso
Sabato	.....	.....
Sabato	.....	.....

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
94300001	Psicoterapia Individuale per seduta	60 min	€ 100
94420002	Psicoterapia familiare per seduta	60 min	€ 130
94420001	Psicoterapia di coppia per seduta	60 min	€ 120
940900A	Psicoterapia familiare per seduta CONSULENZA PSICOLOGICA	.....	€ 250
.....	Consulenza tecnica di parte	.....	€ 1000
.....	€

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 25/02/2019

Paola Pirota
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
ASL. SALERNO
Dipartimento Salute Mentale
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
Dott. DAVIDE AMENDOLA
N. Iscritt. Albo SA 0059

[Signature]
Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

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.).