

APP. 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

Al Direttore Generale ASL Salerno
SEDE

Il sottoscritto Dr. ANTONIO CAMPITELLI Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di DIRIGENTE MEDICO _____
inquadrate¹ nella disciplina di UROLOGIA _____
in servizio presso l'U.O.C. UROLOGIA _____
del Macro-Centro di Responsabilità DEA 1° LIVELLO NOCERA-PAGANI-SCAFATI _____
specialista in UROLOGIA _____
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: UROLOGIA
- 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.

[Handwritten mark]



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. ANTONIO CAMPITELLI _____ Matricola ~~534~~ _____

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 A. De Gasperi, n. 150 Comune Pagani prov. SALERNO CAP 84016
Secondo Studio <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Studio professionale sito in Via Guerritore, n. 11 Comune Pagani prov. Salerno CAP 84016
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.

W

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	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	15:30	18:30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	18:30	19:30	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	9:30	11:30	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	11:30	12:30	SECONDO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		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.

19

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89700.091	VISITA UROLOGICA	20 minuti	€ 100,00
89010.081	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO	10 minuti	€ 50,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

.....
 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.

Data 21/03/2022

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito all'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i centri istituzionali.

ASL Salerno - III livello
 P.O. UROLOGIA
 Per il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
 Responsabile Urologica
Dr. ANTONIO CAMPITELLI
 Matr. 0534 - Cod. SA 006065

ASL Salerno - D.E.A. III livello
 P.O. DI UROLOGIA
Dr. Campitelli
 Responsabile Urologica
 Matr. 0534 - Cod. SA 006065

Parere favorevole
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
 A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
 Direzione Infermiere - Pagani - Scafati
 Il DIRETTORE SANITARIO
Dr. Maurizio M. AMEROSIO

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 comprendeva, oltre al compenso del dirigente, anche tutti gli altri costi diretti e indiretti previsti dal Regolamento Aziendale ALPI (compreso o equiparato personale di supporto ove previsto, gestione amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).