





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. Angelo Carbone \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_SA

**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</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via ____Vito Lembo.32 _____ Comune ____Palomonte _____ prov. ____SA _____ CAP ____84020 _____</li></ul>

<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"

DICHARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>5</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	15,00.....,.....	19,00.....,.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	15,00.....,.....	19,00.....,.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....		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
...89.7(89700.015)...	VISITA CARDIOLOGICA	30 mn.....	€ 70,00.....
8872.3(88723.001)	.....ECOCARDIOCOLORDOPPLER.....	30mn.....	€ 100,00.....
89.52(89520.001)...	..... ECG.....	15mn.....	€ 25,00.....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 01/04/2022

Il Richiedente

DR. Angelo Carbone

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

DR. CARLO CARBONE

DR. CARLO CARBONE

Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

Parere favorevole

• 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.).

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

DELL'UNIVERSITÀ REGIONALE CALABRIA

BATTAGLIA SALERNO

Dr. Sara Longo Macro 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 equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).



**Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero**

*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. ANGELO CARBONE**

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente medico I° Livello

inquadrate<sup>1</sup> nella disciplina di CARDIOLOGIA  
in servizio presso l'U.O.C. CARDIOLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità P.O. EBOLI

specialista in CARDIOLOGIA

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/: CARDIOLOGIA
- *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 Interna in regime di:**

- Prestazioni Ambulatoriali
  - Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario  / Day Hospital/Day Surgery
- individualmente  o in équipe  (di seguito elencata)



**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”<sup>2</sup>**

Il sottoscritto Dr. ANGELO CARBONE Matricola SA006548

**SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”**

**DICHIARA di voler svolgere l’ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede**

- Macro-Centro di Responsabilità :
  - Distretto Sanitario  \_\_\_\_\_
  - Ospedale x \_\_\_\_\_ P.O. EBOLI
  - Dipartimento di Salute Mentale
  - Dipartimento delle Dipendenze
  - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. \_\_CARDIOLOGIA\_\_\_\_\_
- Sede PO EBOLI
- Ambulatorio \_DI CARDIOLOGIA\_\_\_\_\_
- Piano \_\_\_\_1\_\_\_\_\_ Stanza n° \_\_\_\_\_
- Indirizzo Ambulatorio P.O. EBOLI , P.zza SCUOLA MEDICA SALERNITANA – 84025 EBOLI

**DICHIARA di svolgere l’ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede**

- Ospedale: \_\_\_\_\_
- U.O. \_\_\_\_\_

Tipologia di locali: \_\_\_\_\_

<sup>2</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"**

<b>DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario</b>			
<b>Giorni</b>	<b>Dalle ore</b>	<b>Alle ore</b>	<b>Tipo di accesso</b>
Lunedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	17,45	19,00	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì			PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	17,45	19,00	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO

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

**SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI interna" ambulatoriale**

Codice Prestazione <sup>3</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89520.001	ECG	10 min	€ 20,00
89700.015	VISITA CARDIOLOGICA	20 min	€ 75,00
88723.001	ECOCARDIOCOLORDOPPLER	30 min	€ 100,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

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 24/02/2020

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

Il Richiedente  
DIL ANGELO CARBONE

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

<sup>3</sup> Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali