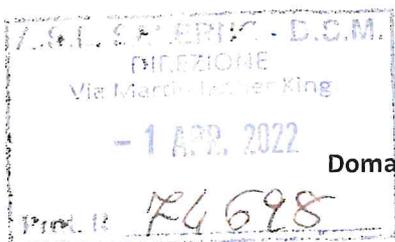


All 1

ALPI ALLARGATA -IS1



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.ssa Anna Longobardi Matricola **564**

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Psicologo
inquadrate¹ nella disciplina di Psicoterapia
in servizio presso l'U.O. Residenza Disturbi Alimentari "Mariconda"
del Macro-Centro di Responsabilità Dipartimento di Salute Mentale
specialista in Psicoterapia
e-mail **[REDACTED]** Tel. **401735757**
Codice Fiscale: **LN GNNA77A67C129I**

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 _____

X 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 signature]



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.ssa Anna Longobardi

Matricola ~~15644~~

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

- Studio professionale
sito in Via Corso Nazionale, 139
Comune Scafati prov. Salerno CAP 84018

Secondo Studio

- Studio professionale
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA

- 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

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

Handwritten mark

Handwritten mark

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	16,00	20,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Martedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	16,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì,.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì,.....,.....		PRIMO ACCESSO
Venerdì	16,00	20,00	Primo 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.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁷ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
94090.001	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO (primo e secondo accesso)	50 minuti	€ 60,00
94300.001	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (primo e secondo accesso)	50 minuti	€ 60,00
94420.002	PSICOTERAPIA FAMILIARE (primo e secondo accesso)	60 minuti	€ 80,00
94420.001	PSCOTERPIA DI COPPIA (primo e secondo accesso)	60 minuti	€ 80,00
94440.001	PSICOTERAPIA DI GRUPPO (primo e secondo accesso)	90 minuti	€ 30,00 per partecipante
94083.001	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	60 minuti	€ 60,00
94011.001	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	60 minuti	€ 80,00

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 25/03/2022

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



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.).