



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

AIDirettore Generale ASL Salerno
SEDE

Il sottoscritto Dr. Traversi Giuseppe _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico _____
inquadrate¹ nella disciplina di Oculistica
in servizio presso l'U.O. A.A.A.R.R.
del Macro-Centro di Responsabilità DS66
specialista in Oculistica
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: OCULISTICA
- 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/proprio/istudio/i professionale/isiti 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"⁴

Il sottoscritto Dr. Giuseppe Traversi Matricola XXXXXXXXXX

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 checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Studio professionale sito in Via Posidonia N.169 Comune SALERNO prov.SA CAP 84100
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"/>

⁴ 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"

DICHIARE di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ⁵	Tipo di accesso
Lunedì	17.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Lunedì	18.00	19.00		SECONDO ACCESSO
Martedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	17.00	18.00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	18.00	19.00		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.

⁵ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁶ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89110.001	Tonometria	20min.	€ 50,00
95020.001	Visita oculistica esame complessivo dell'occhio	30 min	€ 100,00
95091.001.	Esame del fondo oculare.	20 min	€ 50,00
89010.051	visita oculistica di controllo..	20 mi	€ 80,00
.....	€
.....	€

Come già autorizzato 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 12/04/2022

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 cc l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

favorevole
ASL BALENNO - Distretto 06
Assicurazione Assistenza Ambulatoriale
e di lavoro

Il Responsabile
Dr.ssa Raffaella Angrisani

Parere

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

IL DIRETTORE
DISTRETTO 06 - ASLSA
Dr. Luigi Lupat

⁶ Catalogo Regolate 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 d Regolarmente Aziendale ALPI (es. compenso equipe o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.)