

# ALPI-Is2.2 MODELLO MODIFICA ALPI ALLARGATA/DOMICILIARE



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. FRANZESE GIOVANNI Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

inquadrate nella disciplina di Pediatria/TIN

in servizio presso l'U.O. TIN Umberto 1° Nocera Inferiore

del Macro-Centro di Responsabilità DEA 1° livello Nocera-Pagani-Scafati

specialista in Pediatria

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 equipollente<sup>1</sup>: PEDIATRIA
- 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.

<sup>1</sup> La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

K

1



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>3</sup>

Il sottoscritto Dr. Franzese Giovanni Matricola [REDACTED]

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"><li>Studio professionale sito in Via Della Libertà 5 Comune Ottaviano prov. NA CAP 80044</li></ul>	
Secondo Studio <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Studio professionale sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>	
STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"><li>Struttura sanitaria NON accreditata _____ P.IVA _____ autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento _____ rilasciato da _____ in data _____ sito in Via _____ Comune _____ prov. _____ CAP _____</li></ul>	
ALPI domiciliare <input type="checkbox"/>	

<sup>3</sup> La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.

14

4  
2

**SEZIONE B "Calendario settimanale di effettuazione dell'ALPI"**

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI allargata in base al seguente calendario <sup>4</sup>				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio <sup>4</sup>	Tipo di accesso
Lunedì	18:00	19:00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Lunedì	17:00	18:00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Martedì	18:00	19:00		PRIMO ACCESSO
Martedì	17:00	18:00		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	18:00	19:00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	17:00	18:00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Giovedì	18:00	19:00		PRIMO ACCESSO
Giovedì	17:00	18:00		SECONDO ACCESSO
Venerdì	18:00	19:00	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	17:00	18:00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato				PRIMO ACCESSO
Sabato				SECONDO ACCESSO

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

<sup>4</sup> Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.

*W*

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione <sup>5</sup> (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
89010.045	Visita di controllo neonatale	20 min	€ 80,00
89010.059	Visita di controllo pediatrica	20 min	€ 80,00
89700.054	Visita neonatologica	40 min	€ 100,00
89700.062	Visita pediatrica	40 min	€ 100,00
.....	.....	.....	€ .....
.....	.....	.....	€ .....

Come già autorizzato dall'art. 10 del regolamento di attuazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istruttorio, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 30/05/2022

Il Richiedente  
*[Signature]*

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.

A.S.L. SALERNO - D.E.A. III livello  
P.O. di competenza: Ricerca Inferiore (SA)  
Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza  
*[Signature]*

Doc. M. MARIO FRANZESE

Parere favorevole  
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  
A.S.L. SALERNO - D.E.A. I livello  
Regione Inferiore - Paganò - Soriano

Il DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Maurizio M. D. *[Signature]*

<sup>5</sup> Catalogo Regionale "autonomia Specialistiche Ambulatoriali"

- E' necessario specificare se si tratta di un primo o di un secondo accesso.
- La tariffa che si va ad applicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprensiva, 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 presente, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.)