



**Domanda di modifica 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
SEDE**

Il/La sottoscritto/a **Dr. LUIGI TEDESCO** Matricola [redacted] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 993 del 15/09/2020

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico

Inquadrate/a¹ nella disciplina di Cardiologia

in servizio presso l'U.O. Cardiologia

del Macro-Centro di Responsabilità PO Battipaglia

specialista in Cardiologia

e- mail [redacted]@iscsl.it PEC [redacted]@pec.it Tel. 060966266

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:

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

[Handwritten signature]

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”³

Il/La sottoscritto/a Dr. LUIGI TEDESCO Matricola 

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 _____
 - X Ospedale PO Battipaglia
 - Dipartimento di Salute Mentale
 - Dipartimento delle Dipendenze
 - Dipartimento di Prevenzione
- U.O. CARDIOLOGIA Sede BATTIPAGLIA
- Ambulatorio CARDIOLOGIA
- Piano SESTO Stanza n° 1
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) Via Fiorignano snc, 84091, Battipaglia (SA)

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

- Ospedale: PO Battipaglia
- U.O. CARDIOLOGIA

Tipologia di locali: _____

³ 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"

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	14,00	19,00	PRIMO ACCESSO
Lunedì	19,00	20,00	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	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 ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁵
89700.015	Visita Cardiologica	20'	€ 70
89010.014	Visita di Controllo Cardiologica	20'	€ 70
89520	ECG	10'	€ 30
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 28/10/2022

Il/la 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.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
[Signature]

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
MASALSA SALERNO
DE JUANELLA
EBOLI - BATTIPAGLIA - ROCCADASPIDE

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali
⁵ La tariffa che si va ad indicare è da intendersi comprensiva di IVA ed ENPAV/ENPAP se dovuta. Alla stessa verrà aggiunta imposta di Bollo per prestazioni in Azienda Sanitaria Locale ad Euro 77,47. Dalla tariffa andranno dedotte la quota amministrazione, la quota di perequazione dei Dirigenti Sanitari, la quota destinata al supporto organizzativo e la quota di cui alla L.n.189/2012 (legge di conversione del decreto Balduzzi), così come stabilito dall'art.26 del vigente Regolamento ALPI.