

All. 1

ALPI ALLARGATA - IS1



Domanda di **modifica** 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/La sottoscritto/a Dr. ANTONIO CAMPITELLI Matricola [REDACTED] già autorizzato/a a svolgere attività intramoenia con deliberazione n 594 del 03.05.2022

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente DIRIGENTE MEDICO

Inquadrate/a¹ nella disciplina di UROLOGIA

in servizio presso l'U.O. di UROLOGIA

del Macro-Centro di Responsabilità DEA 1° LIVELLO NOCERA-PAGANI-SCAFATI

specialista in UROLOGIA

e-mail [REDACTED] PEC [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 equipollente²: UROLOGIA
- *o in alternativa* di essere autorizzato/a, 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 _____

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.

h



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"

Il/La sottoscritto/a Dr. ANTONIO CAMPITELLI 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 type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via A. De Gasperi, 150 Comune PAGANI prov. SA CAP 84016
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Via Guerritore, 11 Comune PAGANI prov. SA CAP 84016
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO X <input checked="" type="checkbox"/> (art.8 ter co.1 lett.b D.Lgs.n. 502/92 e All.A Delibera Regione Campania n.7301/2001)
ALPI DOMICILIARE <input type="checkbox"/>

³ L'attività presso i Centri Sanitari - Ambulatori NON accreditati potrà avvenire solo successivamente alla stipula di apposita convenzione con l'Asl Salerno. Detta sottoscrizione è subordinata alla verifica, da parte dell'Ufficio Centrale ALPI, della compatibilità tra l'atto autorizzativo rilasciato all'Ambulatorio dal Comune di competenza e l'attività che il dirigente sanitario è autorizzato a svolgere.

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 ⁴	Tipo di accesso
Lunedì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Martedì	9.00	12.00	Centro Sanitario	PRIMO ACCESSO
Martedì	12.00	12.30	Centro sanitario	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....	.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	15:30	18.30	PRIMO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Giovedì	18:30	19:00	PRIMO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Venerdì	9.00	12.00	SECONDO STUDIO	PRIMO ACCESSO
Venerdì	12.00	12:30	SECONDO STUDIO	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....	.....		PRIMO ACCESSO
Sabato	.....	.....		SECONDO ACCESSO

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

⁴ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario – ambulatorio NON accreditato, domiciliare.

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.091	VISITA UROLOGICA	20 minuti	€ 100,00
89010.081	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO	10 minuti	€ 70,00
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

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 09/11/2022

Autunno
Il Tommaso Colaninno Ricordente

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

A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
 Modulo di Prestazioni Specialistiche
 P.O. "Ospedale" - Ospedale Inferiore
 Prof. Dr. Roberto Sammartino
 DIRETTORE U.O. UROLOGIA
 Matr. 02851 - Cod. NA 24202

Parere favorevole
Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
 A.S.L. SALERNO - D.E.A. I Livello
 Modulo di Prestazioni Specialistiche

Il Direttore/Responsabile
 Dr. Autunno

⁵ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali.

⁶ 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 di importo superiore 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.