



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. Giovanni Oliviero** Matricola [REDACTED]

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____ MEDICO _____
Inquadrato/a¹ nella disciplina di _____ GASTROENTEROLOGIA _____
in servizio presso l'U.O. _____ GASTROENTEROLOGIA _____
del Macro-Centro di Responsabilità _____ DEA I LIVELLO NOCERA PAGANI SCAFATI - P.O. NOCERA _____
specialista in _____ GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA _____
e- mail [REDACTED]@aslsalerno.it _____ PEC [REDACTED]@pec.it _____ 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: _____ GASTROENTEROLOGIA _____
- *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.



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 sottoscritto Dr. _____ Giovanni Oliviero _____ Matricola _____

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 F. Ricco n. 20-22 Comune Nocera Inferiore prov. SA CAP 84014
SECONDO STUDIO <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Studio professionale sito in Piazza risorgimento n. 5 Comune San Giorgio Del Sannio prov. BN CAP82018
CENTRO SANITARIO - AMBULATORIO NON ACCREDITATO <input type="checkbox"/>³ (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	15,00	18,00	Primo studio	PRIMO ACCESSO
Lunedì	18,00	20,00	Primo studio	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....		SECONDO ACCESSO
Venerdì	15,00	18,00	Secondo studio	PRIMO ACCESSO
Venerdì	18,00	20,00	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"

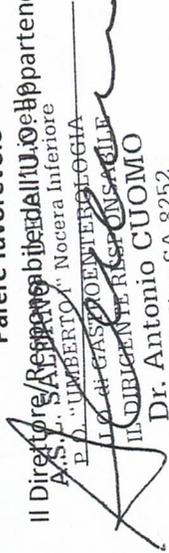
Codice Prestazione ⁵ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa ⁶
89700.044	.....Visita Gastroenterologica I accesso.....	30 minuti	€ 100
89010.035	.....Visita Gastroenterologica di controllo.....	15 minuti	€ 50
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

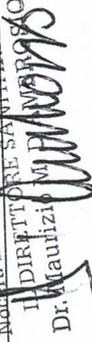
Come già autodichiarato nell'istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data 17/05/2013

Il/La 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. di appartenenza
 A.S.L. "UMBERTO" Nocera Inferiore
 P.O. "GASTROENTEROLOGICA"
 IL DIRIGENTE RESPONSABILE

 Dr. Antonio CUOMO
 N. Ordine SA 8252

Parere favorevole
 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità
 A.S.L. "SAVERIO" Pagani - Scalati
 Nucleo Inferiore SANITARIO
 IL DIRETTORE SANITARIO

 Dr. Maurizio M. Mammola

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 Regolamentoo ALPI.