



**Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia  
ALPI PURA -Prestazioni individuali e/o equipe**

**Al Direttore Generale  
Alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

matr. \_\_\_\_\_ n. cellulare \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Dirigente Sanitario nella disciplina di \_\_\_\_\_

in servizio presso la U.O.C./U.O.S.D \_\_\_\_\_

Con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato/determinato;

**CHIEDE**

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro:

1. Nella Disciplina:

Di appartenenza

Equipollente \_\_\_\_\_  
(di cui possiedo la specializzazione e/o 5 anni di servizio)

2. In forma:

Individuale

In Equipe Referente \_\_\_\_\_

Componenti dirigenti sanitari in equipe n. \_\_\_\_\_, come segue:

---

---

---

---

---

---

---

---





7. Di essere a conoscenza che per la determinazione della tariffa finale a carico dell'utente, al proprio "compenso professionale" indicato precedentemente, saranno aggiunte le altre somme previste dal vigente Regolamento Aziendale A.L.P.I. e che comunque la tariffa finale a carico dell'utente, così determinata, non può risultare inferiore a quelle previste dal vigente Nomenclatore Tariffario della Regione Campania;

**Per quanto sopra, sotto la propria responsabilità, attesta :**

Di aver preso visione di tutte le norme contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio della **Libera Professione Intramuraria**;

Di essere a conoscenza dell'obbligo normativo di garanzia di equilibrio delle attività rese in **libera professione** ed attività istituzionale;

Che ogni eventuale modifica a quanto dichiarato nella presente richiesta, verrà tempestivamente comunicato.

DATA

Timbro e Firma.....

**LA NON CORRETTA COMPILAZIONE DEI CAMPI , POTRÀ' COMPORTARE IL RIFIUTO DELLA RICHIESTA**

**Il Responsabile dell'U.O.C/U.O.S.D. dichiara che:**

l'attività richiesta è svolta nella disciplina di appartenenza, è compatibile con la funzione clinico assistenziale aziendale, non confligge con gli interessi aziendali e rispetta i volumi contrattati in sede di definizione annuale di budget.

DATA

Timbro e Firma.....