



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ

Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia

ALPI ALLARGATA-Prestazioni ambulatoriali

Al Direttore Generale

Alla U.O.C. Direzione Medica di Presidio

Il sottoscritto Dr. _____

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;

In considerazione della momentanea impossibilità a svolgere l'attività libero professionale presso gli spazi ubicati all'interno dell'azienda

CHIEDE

Di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale

Primo Studio

- Studio professionale N.Tel : _____
sito in Via _____
Comune _____ prov. _____ CAP _____

1. Di svolgere l'attività ALPI nel primo studio nelle seguenti giornate:

Giornata	Orario
Lunedì	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____

Mercoledì	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____
Sabato	dalle _____ alle _____

Di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i siti sul territorio regionale

Secondo Studio

- Studio professionale N.Tel. _____
 sito in Via _____
 Comune _____ prov. _____ CAP _____

1. Di svolgere l'attività ALPI nel secondo studio nelle seguenti giornate:

Giornata	Orario
Lunedì	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____
Mercoledì	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____
Sabato	dalle _____ alle _____

2. Di eseguire le seguenti prestazioni libero professionali e di richiedere come “compenso professionale” come segue:

<i>DESCRIZIONE PRESTAZIONE</i>	<i>DURATA PREST. IN MINUTI</i>	<i>GIORNO Previsto in Agenda</i>	<i>ORARIO Previsto in Agenda</i>	<i>Compenso professionale</i>	<i>COD. TARIFFARIO SSR O AZIENDALE</i>

3. 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;

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di aver preso visione di tutte le norme contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio della

Libera Professione Intramoenia;

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

Che le prestazioni richieste in **libera professione** vengono erogate anche in regime istituzionale;

Di non svolgere l'attività libero professionale presso strutture accreditate;

Che il/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata sono in possesso delle dovute autorizzazioni di legge, anche in relazione allo specifico tipo di prestazioni che vi sono erogate e che pertanto è/sono idonei sotto il profilo igienico-sanitario ed è/sono provvisti di tutte le attrezzature necessarie/adequate alla tipologia ed al volume delle attività da svolgere;

Che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata non operano anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio Sanitario Nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività;

Di essere altresì consapevole che in caso di autorizzazione, l'azienda non risponde degli specifici rischi derivanti dalla responsabilità civile per insufficienze strutturali dei locali adibiti né per la responsabilità civile derivante dall'attività svolta;

Di essere a conoscenza che l'autorizzazione per l'ALPI allargata **ha natura provvisoria** e che pertanto la stessa decadrà automaticamente con il recupero degli spazi interni all'azienda momentaneamente utilizzati per l'emergenza COVID, come da nota prot. n. 3732 del 3/02/2022;

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

DATA

Timbro e Firma.....

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.....

