

**All. 1)**

**MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DI ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA**

**Direzione Generale**

**Direttore SSD Gestione Risorse Umane**

**Loro sedi**

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

C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la Struttura. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dipartimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rapporto di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_recapito di posta elettronica aziendale/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

## di svolgere attività libero professionale nella seguente disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio della Struttura di riferimento, al di fuori dell’orario di lavoro, nei giorni, orari e negli spazi di seguito indicati, per le seguenti prestazioni e con i compensi e tariffe praticate all’utenza determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia.

## Secondo la normativa vigente si attesta che le prestazioni sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

# Tipologia di esercizio

* **ALPI Intramoenia**

*(negli spazi aziendali individuati con l’utilizzo esclusivo di strumenti di proprietà della stessa)*

* **ALPI Allargata**

*si dichiara che la sede presso la quale si intende svolgere l’attività libero professionale, non comprende studi presso i quali operino anche professionisti* *non dipendenti o non convenzionati del servizio Sanitario Nazionale, ovvero dipendenti non in regime di esclusività. Si dichiara inoltre che lo studio privato è idoneo dal punto di vista igienico sanitario all’esercizio e all’erogazione di prestazioni mediche)*

I medici che svolgono attività libero professionale ALLARGATA, se aderiscono all’accettazione POS, dovranno indicare la tipologia di strumento(*Legge n. 120 del 03/08/2007- Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria -, art. 4, comma 1 lett.B, “il pagamento delle prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria deve essere effettuato … direttamente al competente ente o azienda del SSN, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico…”*) ovvero: POS

# Sede e luogo di esercizio Attività Ambulatoriale

## Presso spazi ambulatoriali situati all’interno dell’Azienda:

## (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Presso strutture sanitarie private:

## (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Elenco prestazioni

## Allega la scheda delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare, riportante le seguenti informazioni (All. 1):

## descrizione e codice delle prestazioni ambulatoriali (come da codice regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali)

## strumentazione necessaria allo svolgimento della prestazione

## n. personale di supporto diretto

## onorario e/o tariffe proposte per ciascuna prestazione

## tempo medio di ciascuna prestazione

## sedi, giorni e orari di svolgimento

# Modalità di esercizio

## Individualmente

## Mediante utilizzo di personale di supporto diretto, previo accordo tra le parti con l’indicazione della quota percentuale concordata (indicare generalità, matricola, qualifica e assegnazione presso le strutture aziendali del personale di supporto diretto) :

## ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Allegati

## Scheda delle prestazioni ambulatoriali (All. A)

## Pareri (All.B)

## *- Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento aziendale per l’esercizio della libera professione intramuraria.*

## *- Il sottoscritto si impegna a rendere l'orario aggiuntivo per il recupero delle ore di servizio dovute per l'attività libero professionale prestata in costanza di orario di lavoro.*

## *- Il sottoscritto dichiara l’assenza di situazioni di incompatibilità e conflitto di interesse fra l’attività libero professionale e l’attività istituzionale svolta.*

*- Il sottoscritto, per le finalità inerenti la gestione della libera professione, esprime il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali forniti ed alla loro eventuale trasmissione agli enti istituzionalmente preposti, secondo le norme di cui al D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e successive modificazioni ed integrazioni.*

## Firma del Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**All. A – Scheda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Nomenclatore Regionale/Identificativo LP** | **Descrizione prestazione** | **Personale di supporto diretto** | **Strumentazione** | **Quantità stimata** | **Tempo medio prestazione** | **Proposta di Tariffa al paziente (\*)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luoghi di esercizio** | **Giorni (\*\*)** | **Dalle ore alle ore** |
|  | Lunedì |  |
|  | Martedì |  |
|  | Mercoledì |  |
|  | Giovedì |  |
|  | Venerdì |  |
|  | Sabato |  |

A tal proposito, il/la sottoscritto/a Dott./ssa. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ precisa che:

\* gli importi indicati sotto la voce “Proposta di tariffa al paziente” sono da intendersi al lordo delle ritenute fiscali;

\*\*i giorni dedicati potranno subire variazioni e saranno tempestivamente comunicati all’Ufficio Cup/Alpi.

Firma del Dirigente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**All. B – Acquisizione pareri**

## PARERE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE

## Il sottoscritto Direttore della Struttura. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_attesta che le prestazioni proposte in libera professione dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta. Il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi.

## Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Firma Direttore/Responsabile di Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARERE DEL DIRETTORE DEL PRESIDIO OSPEDALIERO/ DIPARTIMENTO/DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direttore del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ esprime parere

⃝ FAVOREVOLE

⃝ NON FAVOREVOLE per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARERE DEL DIRETTORE DEL DIRETTORE SANITARIO (O SUO DELEGATO)

⃝ FAVOREVOLE

⃝ NON FAVOREVOLE per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_