



MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Sassari il

**ALLA DIREZIONE GENERALE
AOU DI SASSARI**

E, p.c. al SSD Preospedalizzazione, accoglienza e CUP
S.C. Risorse Umane e relazioni sindacali
Loro sedi

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. _____ Matr. _____
Dirigente Sanitario presso la U.O. _____
Dipartimento _____
in possesso della specializzazione in _____
recapito di posta elettronica aziendale/universitaria _____
reperibile al n. telefonico (per comunicazioni interne) _____

FORMULA RICHIESTA

di autorizzazione a svolgere Attività Libero Professionale *intramoenia*, così come di seguito meglio indicato.

1. **Disciplina di esercizio**

- la medesima disciplina di appartenenza
- altra disciplina equipollente (specificare) _____

2. Tipologia di esercizio

□ ALPI Intramoenia

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

□ ALPI Allargata

(Ai sensi del D.L. 158/2012, art. 2 comma 1, lettera F, si dichiara che la sede presso la quale si intende proseguire con 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**

3. Sede e luogo di esercizio Attività Ambulatoriale

Presso spazi ambulatoriali situati all'interno dell'Azienda:

(specificare) _____

Presso strutture sanitarie private:

(specificare) _____

4. 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)
 - onorario e/o tariffe proposte per ciascuna prestazione
 - tempo medio di ciascuna prestazione
 - sedi, giorni e orari di svolgimento

5. Modalità di esercizio

- + Individualmente
- + In equipe, previo accordo tra le parti con l'indicazione della quota percentuale concordata:

6. Allegati

- Scheda delle prestazioni ambulatoriali (All.1)
- Autorizzazioni (All.2)

Firma

Il Dirigente, 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

All. 1 – Scheda delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Codice Nomenclatore Regionale/Identificativo LP	Descrizione prestazione	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./Prof. _____ precisa che:

- (i) gli importi indicati sotto la voce “Proposta di compenso al Dirigente Sanitario” sono da intendersi al lordo delle ritenute fiscali;
- (ii) i giorni dedicati potranno subire variazioni e saranno tempestivamente comunicati alla *SSD Preospitalizzazione, accoglienza e CUP*.

Sassari, _____

Firma _____

All.2 - Autorizzazione del Direttore U.O. di appartenenza

Il Direttore dell'U.O. dichiara che:

- vi sono**
- non vi sono**

all'interno della struttura spazi idonei ed adeguati allo svolgimento dell'attività intramuraria.

Lo stesso dichiara che non sussistono incompatibilità con lo svolgimento della predetta attività con l'organizzazione del Servizio e con i compiti istituzionali.

Sassari, _____

Il Direttore U.O. _____

Spazio riservato all'AOU

Il Responsabile del SSD Preospedalizzazione, accoglienza e CUP considera, relativamente al regolamento ALPI vigente l'istruttoria:

- positiva
- negativa _____

Sassari, _____

Il Direttore U.O. _____

L'Azienda, a seguito dell'istruttoria effettuata dal Servizio ALPI, visti gli atti ed esaminata la richiesta:

- AUTORIZZA
- NON AUTORIZZA

Sassari, _____

IL DIRETTORE GENERALE (o suo delegato)
