

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
ALL'ESERCIZIO DI ALPI
AMBULATORIALE INDIVIDUALE****MODULO****ALLEGATO B)****DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO
PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE**

Al Responsabile della
SSD "Libera Professione"
AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a dirigente medico/sanitario

dott./a _____

dipendente dell'AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina" con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo pieno,
in servizio presso la Struttura Complessa/ Semplice Dipartimentale/ Semplice

con sede a _____

e-mail _____ telefono/cellulare _____

chiede

di poter esercitare, nel rispetto della normativa e del Regolamento vigenti, attività libero
professionale intramuraria individuale in regime ambulatoriale nei termini di seguito riportati:

DISCIPLINA: _____

SEDE DI ATTIVITÀ: _____

GIORNATE E ORARI:

<input type="checkbox"/> Lunedì	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____
<input type="checkbox"/> Martedì	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____
<input type="checkbox"/> Mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____
<input type="checkbox"/> Giovedì	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____
<input type="checkbox"/> Venerdì	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____
<input type="checkbox"/> Sabato	dalle ore _____	alle ore _____*	sede _____

*Il termine finale indica l'orario in cui vengono lasciati liberi gli ambulatori

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE
ALL'ESERCIZIO DI ALPI
AMBULATORIALE INDIVIDUALE****MODULO****PRESTAZIONI E ONORARIO:**

PRESTAZIONE INDICARE IL CODICE E LA DESCRIZIONE COME DA NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE			TEMPO MEDIO in min.	PERSONALE DI SUPPORTO (SI/NO)	ONORARIO DIRIGENTE
N.	CODICE	DESCRIZIONE			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

*(per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)***USO DI ATTREZZATURE/MATERIALI:**

SI INDICARE QUALI _____

 NO**UTILIZZO DI PERSONALE DI SUPPORTO:**

SI INDICARE NOMINATIVO E PROFILO PROFESSIONALE (QUALIFICA)

MODULO

QUOTA NEGOZIATA _____

NO

Dichiara di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità di esercizio della libera professione intramuraria previsti dal Regolamento Aziendale.

Data _____

Firma del Richiedente

<p>IL RESPONSABILE DEL RICHIEDENTE GERARCHICAMENTE SUPERIORE (INDICARE NOME E COGNOME)</p> <p>_____</p>	<p>PARERE FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____</p>
<p>IL DIRETTORE DELLA SC "GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE"</p>	<p>PARERE FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____</p>

<p>Verifica della compatibilità organizzativa e della disponibilità degli spazi richiesti se utilizzati anche per l'attività istituzionale</p>	
<p>Direttore del Dipartimento per l'Assistenza Ospedaliera per ALPI nelle strutture ospedaliere</p> <p>Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Primaria per ALPI nelle strutture distrettuali</p> <p>Direttore del Dipartimento di Prevenzione per ALPI nel Dipartimento di Prevenzione</p> <p>Direttore del Dipartimento di Salute mentale per ALPI nel Dipartimento di Salute mentale</p>	<p>NULLA OSTA</p> <p>Data _____</p> <p>Firma _____</p>