



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI  
AMBULATORIALE D'EQUIPE**

**MODULO**

**ALLEGATO C)**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE**

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

I sottoscritti Dirigenti Medici/Sanitari

dott./a \_\_\_\_\_  
dott./a \_\_\_\_\_  
dott./a \_\_\_\_\_  
dott./a \_\_\_\_\_  
dott./a \_\_\_\_\_  
dott./a \_\_\_\_\_

dipendenti 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 \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

**chiedono**

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

**DISCIPLINA:**

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

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI  
AMBULATORIALE D'EQUIPE****MODULO****SEDE DI ATTIVITÀ:** \_\_\_\_\_**GIORNATE E ORARI:**

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

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

**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 EQUIPE* (DIRIGENTI)
N.	CODICE	DESCRIZIONE			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

*(per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)*\* La distribuzione della quota parte spettante ai singoli componenti avviene su indicazione dell'équipe stessa previo **accordo** sottoscritto da tutti i componenti e successivamente trasmesso alla Struttura Libera Professione (art. 11 del Regolamento).



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI  
AMBULATORIALE D'EQUIPE**

**MODULO**

**USO DI ATTREZZATURE/MATERIALI:**

- SI INDICARE QUALI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- NO

**UTILIZZO DI PERSONALE DI SUPPORTO:**

- SI INDICARE NOMINATIVO E PROFILO PROFESSIONALE (QUALIFICA)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- QUOTA NEGOZIATA \_\_\_\_\_

- NO

**Dichiarano 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 \_\_\_\_\_

Firme dei Richiedenti

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

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI  
AMBULATORIALE D'EQUIPE****MODULO**

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

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