



**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**

IL RESPONSABILE DEL RICHIEDENTE GERARCHICAMENTE SUPERIORE (INDICARE NOME E COGNOME) _____	<input type="checkbox"/> PARERE FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE Data _____ Firma _____
IL DIRETTORE DELLA SC "GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE"	<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"/> Direttore del Dipartimento per l'Assistenza Ospedaliera per ALPI nelle strutture ospedaliere <input type="checkbox"/> Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Primaria per ALPI nelle strutture distrettuali <input type="checkbox"/> Direttore del Dipartimento di Prevenzione per ALPI nel Dipartimento di Prevenzione <input type="checkbox"/> Direttore del Dipartimento di Salute mentale per ALPI nel Dipartimento di Salute mentale	NULLA OSTA Data _____ Firma _____