

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI IN REGIME DI  
RICOVERO CHIRURGICO****MODULO****ALLEGATO E)****DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMURARIA IN REGIME DI RICOVERO CHIRURGICO**

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

Il/La sottoscritto/a dirigente medico

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

dipendente dell'AAS 2 "Bassa Friulana-Isontina" con incarico di Responsabile della

Struttura Complessa/  Semplice Dipartimentale

\_\_\_\_\_ del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

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

**chiede**

di poter attivare, nel rispetto della normativa e del Regolamento vigenti, l'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero di tipo chirurgico nei termini di seguito riportati:

**DISCIPLINA:** \_\_\_\_\_**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 lasciate libere le sale

**PRESTAZIONI E ONORARIO:**

PRESTAZIONE INDICARE IL CODICE ICD9CM, IL CODICE DRG E LA DESCRIZIONE COME DA NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE				TEMPO MEDIO in min.*	N. MEDICI	PERSONALE DI SUPPORTO (SI/NO)	ONORARIO MEDICO/ EQUIPE (DIRIGENTI)
N.	ICD9CM	DGR	DESCRIZIONE				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

*(per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)*

\* Tempo standard comprensivo della preparazione della sala, della durata dell'intervento, del ripristino della sala e della dimissione del paziente.

**USO DI ATTREZZATURE/MATERIALI/AUSILI PROTETICI:**

SI INDICARE QUALI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

NO



**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI IN REGIME DI  
RICOVERO CHIRURGICO**

**MODULO**

**DIRIGENTI COINVOLTI**

INDICARE NOMINATIVO E DISCIPLINA

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

SUDDIVISIONE DEI COMPENSI

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

**UTILIZZO DI PERSONALE DI SUPPORTO:**

SI INDICARE NOMINATIVO E PROFILO PROFESSIONALE (QUALIFICA)

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

QUOTA NEGOZIATA \_\_\_\_\_

NO

**Il richiedente e i su elencati dirigenti componenti l'equipe 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 \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente

\_\_\_\_\_  
Firma dei Dirigenti componenti l'equipe

NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_  
NOME, COGNOME E FIRMA \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DI ALPI IN REGIME DI  
RICOVERO CHIRURGICO****MODULO**

<b>IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA</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 _____