

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

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 medico nei termini di seguito riportati:

DISCIPLINA: _____**SEDE DI ATTIVITÀ:** _____**PRESTAZIONI E ONORARIO:**

PRESTAZIONE INDICARE IL CODICE DRG E LA DESCRIZIONE COME DA NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE			PERSONALE DI SUPPORTO (SI/NO)	ONORARIO MEDICO/ EQUIPE (DIRIGENTI)
N.	DGR	DESCRIZIONE		
1				
2				
3				



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

MODULO

4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)

USO DI ATTREZZATURE/MATERIALI:

SI INDICARE QUALI _____

NO

DIRIGENTI COINVOLTI

INDICARE NOMINATIVO E DISCIPLINA

SUDDIVISIONE DEI COMPENSI

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

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	<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 _____