

**ALLEGATO H)**

**RICHIESTA DI RICOVERO IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E  
IMPEGNO DI SPESA**

All'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2  
"Bassa Friulana-Isontina"  
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) in via \_\_\_\_\_

**chiede**

di avvalersi durante il ricovero, dell'attività libero professionale del:

DOTT./DOTT.A \_\_\_\_\_

EQUIPE \_\_\_\_\_

STRUTTURA (reparto) \_\_\_\_\_

PRESIDIO OSPEDALIERO \_\_\_\_\_ SEDE DI \_\_\_\_\_

INTERVENTO/PRESTAZIONE \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a corrispondere all'Amministrazione dell'A.A.S. n. 2, secondo quanto previsto dal Regolamento per l'esercizio della libera professione intramuraria vigente in codesta Azienda, il 30% della tariffa regionale delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero (30% tariffa DRG) - ovvero il 100% della tariffa DRG se cittadino straniero - più la quota prevista per l'attività libero professionale intramuraria, per un importo totale di € \_\_\_\_\_, salvo conguaglio.

Si impegna altresì a versare prima del ricovero il 100% dell'importo sopra indicato mediante bonifico bancario intestato all'**A.A.S. n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"** sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: **IT 64 P 02008 12400 000103536371** codice Swift: UNCRITM10PE

Banca: UNICREDIT SPA filiale di Gorizia

indicando obbligatoriamente la causale di pagamento: **Intervento libera professione Ospedale di \_\_\_\_\_**

Si impegna ad esibire al momento del ricovero la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

Il sottoscritto autorizza, nel rispetto delle norme contenute nel D. Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità istituzionali per i casi previsti dalle norme generali e speciali.

Il sottoscritto è inoltre consapevole che la prestazione richiesta viene erogata in regime istituzionale e dichiara di aver liberamente scelto di ottenere la prestazione a pagamento in regime di libera professione intramuraria.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI CLINICHE-SANITARIE FORNITE DAL PROFESSIONISTA 1° OPERATORE**

Il/La sottoscritto/a dott./a \_\_\_\_\_

acconsente allo svolgimento dell'attività libero professionale richiesta.

PRESTAZIONE IN REGIME DI  RICOVERO ORDINARIO (gg. \_\_\_\_ )  DAY SURGERY

UTILIZZO DI AUSILI PROTESICI  NO  SI (indicare quali) \_\_\_\_\_

CODICE DRG \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del Professionista

\_\_\_\_\_

<b>Codice DRG</b>	<b>Tariffa DRG</b>
n.	€

<b>30% tariffa DRG / 100% se cittadino straniero</b>	€
<b>Quota libera professione</b>	€
<b>Totale</b>	€