

Domanda di autorizzazione Attività Libero Professionale Intramoenia
ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali o in Regime di Ricovero

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno
S E D E

Il sottoscritto Dr. _____ **Matricola** _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente _____
inquadrate¹ nella disciplina di _____
in servizio presso l'U.O. _____
del Macro-Centro di Responsabilità _____
specialista in _____
e- mail _____ Tel. _____
Codice Fiscale: _____

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

A) di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia

- nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente²:

- *o in alternativa* di essere autorizzato, previo parere favorevole della Commissione paritetica, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni

B) di essere autorizzato a svolgere l'ALPI Interna in regime di:

- Prestazioni Ambulatoriali
- Prestazioni in regime di Ricovero Ordinario / Day Hospital/Day Surgery
individualmente o in équipe (di seguito elencata)

¹ La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

² La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.

Nominativo	Qualifica
.....	..... - Referente dell'équipe
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eventuali variazioni dell'équipe (nel corso della durata annuale di autorizzazione) devono essere comunicate al Direttore della Macro-Struttura e al rispettivo Referente dell'Ufficio periferico ALPI.

<p>C) di essere autorizzato svolgere l'ALPI Interna impiegando le seguenti attrezzature e relativo materiale di consumo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso atto delle disposizioni contenute nel vigente Regolamento Aziendale in materia di attività libero-professionale intramoenia, nel D.Lgs. n.39/2013 in materia di inconfiribilita' e incompatibilità di incarichi da parte dei pubblici dipendenti, nel "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e nel "Codice di Comportamento dell'Asl Salerno", adottato con deliberazione del Direttore Generale n.336 del 24/3/2014, nel "Piano triennale della Prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018-2019" adottato dall'Asl Salerno con deliberazione del Direttore Generale n.267 del 20/3/2018;
2. di essere dipendente di questa amministrazione a tempo pieno ed esclusivo;
3. che l'attività libero professionale viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dell'attività necessaria per i compiti istituzionali;
4. che l'U.O. di appartenenza eroga, in regime istituzionale, le medesime prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI;
5. che le prestazioni effettuate in regime libero professionale rientrano nelle tipologie di prestazioni istituzionali previste dal Servizio Sanitario Nazionale nei livelli essenziali di assistenza di cui alla normativa vigente;
6. che il volume delle prestazioni effettuate in regime libero professionale non sarà prevalente rispetto a quello effettuato per compito istituzionale;
7. che le tariffe relative alle prestazione in ALPI non sono inferiori alle tariffe previste, per la medesima prestazione, a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria;
8. di svolgere l'attività libero professionale fuori dall'orario ordinario di servizio;
9. di aver concordato con il Direttore/Resp.le dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Resp.le del Macro-Centro di Responsabilità:
 - gli spazi dove svolgere l'ALPI interna, nonché l'utilizzo delle attrezzature e del materiale di consumo;
 - il calendario settimanale dell'ALPI interna;

10. di aver concordato e di concordare annualmente con il Direttore/Responsabile dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità i volumi delle prestazioni da svolgere in ALPI in relazione ai volumi delle attività istituzionali;
11. di conoscere ed accettare le procedure di accesso e di riscossione proventi in uso presso l'Azienda Sanitaria Locale Salerno;
12. di impegnarsi a presentare agli uffici competenti di questa Azienda i resoconti delle prestazioni nei termini stabiliti nel regolamento aziendale;
13. di comunicare tempestivamente, e comunque entro 5 giorni dall'evento, qualsiasi variazione che ha valenza sull'attività libero professionale;
14. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali nel rispetto della legislazione vigente.

Data _____

Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

SI ALLEGA:

1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Scheda riportante luogo di svolgimento, calendario e prestazioni che si intendono erogare.

“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”³

Il sottoscritto Dr. _____ Matricola _____

SEZIONE A “Contesto di svolgimento dell’ALPI”

DICHIARA di voler svolgere l’ALPI Interna in regime Ambulatoriale c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Macro-Centro di Responsabilità :
 - Distretto Sanitario _____
 - Ospedale _____
 - Dipartimento di Salute Mentale _____
 - Dipartimento delle Dipendenze _____
 - Dipartimento di Prevenzione _____
- U.O. _____ Sede _____
- Ambulatorio _____
- Piano _____ Stanza n° _____
- Indirizzo Ambulatorio (Via, Comune e CAP) _____

DICHIARA di svolgere l’ALPI Interna in regime di ricovero c/o la seguente articolazione organizzativa e sede

- Ospedale: _____
- U.O. _____

Tipologia di locali: _____

³ **La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.**

SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”

DICHIARA di voler svolgere l’ALPI interna in base al seguente calendario			
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Tipo di accesso
Lunedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Lunedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Martedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Giovedì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Venerdì	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Venerdì	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	PRIMO ACCESSO
Sabato	.....,.....	.....,.....	SECONDO ACCESSO

La specificazione della “Tipologia di accesso” è indispensabile per la configurazione dell’agenda.

SEZIONE C “Tipologia di prestazioni in ALPI interna” ambulatoriale

Codice Prestazione ⁴ (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato nell’istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data _____

Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell’U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell’attività libero professionale con l’organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell’U.O. appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

⁴ Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

- la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).

SEZIONE D “Tipologia di prestazioni in ALPI” in regime di ricovero

Codice DRG	Codice Prestazione	Descrizione Prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€
.....	€

Come già autodichiarato nell’istanza di autorizzazione, le prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI sono erogate, in regime istituzionale, anche dalla U.O. di appartenenza.

Data _____

Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell’U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell’attività libero professionale con l’organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell’U.O. appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

- la tariffa che si va ad indicare è da intendersi omnicomprensiva e pertanto comprenderà, oltre al compenso del dirigente, anche tutte le altre voci previste dal Regolamento Aziendale ALPI (es. compenso equip o personale di supporto ove previsto, quota amministrazione, fondo comune comparto, ecc.).