

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |
| inquadrato[[1]](#footnote-1) 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**

|  |
| --- |
| 1. **di poter effettuare l'Attività Libero Professionale Intramoenia**
* nella disciplina di appartenenza/servizio o equipollente[[2]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* *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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| 1. **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 èquipe **❒** (di seguito elencata) |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.

|  |
| --- |
| 1. **di essere autorizzato svolgere l’ALPI Interna impiegando le seguenti attrezzature e relativo materiale di consumo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 inconferibilità 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.426 del 7/4/2021, nel “Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019/2021” adottato dall’Asl Salerno con deliberazione del [Commissario Straordinario n. 336 del 17.04.2019](https://www.aslsalerno.it/documents/20181/285005/DELIBERAZIONE.pdf/532c0be5-8938-45e5-b22f-afe4a39c7dd2) ;
			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;
	+ - 1. 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;
			2. di conoscere ed accettare le procedure di accesso e di riscossione proventi in uso presso l’Azienda Sanitaria Locale Salerno;
			3. di impegnarsi a presentare agli uffici competenti di questa Azienda i resoconti delle prestazioni nei termini stabiliti nel regolamento aziendale;
			4. di comunicare tempestivamente, e comunque entro 5 giorni dall'evento, qualsiasi variazione che ha valenza sull'attività libero professionale;
			5. 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 Parere favorevole**

Il Direttore/Responsabile dell’U.O. appartenenza 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.



 **Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere**

**ALPI INTERNA - Prestazioni Ambulatoriali**

**“Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili”[[3]](#footnote-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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***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]](#footnote-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 fa**vorevole**

 Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La disciplina di inquadramento è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente. [↑](#footnote-ref-1)
2. La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente. [↑](#footnote-ref-2)
3. ***La presente scheda va compilata esclusivamente al computer. La non corretta compilazione dei campi potrà comportare il NON accoglimento della stessa.*** [↑](#footnote-ref-3)
4. #  Catalogo Regionale Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

 [↑](#footnote-ref-4)