

**Al Direttore dell' U.O.C.**  
**Libera Professione**  
**S E D E**

**ESERCIZIO ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE AMBULATORIALE**  
**INDIVIDUALE/ EQUIPE ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE**  
**AZIENDALI**

I/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Dott./ssa \_\_\_\_\_

Dirigente Sanitario a rapporto esclusivo (disciplina di: \_\_\_\_\_ )  
 in servizio presso:

U.O. \_\_\_\_\_

Dipartimento Ospedaliero \_\_\_\_\_

Dipartimento \_\_\_\_\_

Distretto \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di voler **attivare** presumibilmente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, con le modalità di seguito specificate, attività libero professionale ambulatoriale individuale all'interno delle strutture aziendali.  
 Intende pertanto prendere contatto con l'U.O. Libera Professione per la determinazione degli atti conseguenti.

A tal fine **DICHIARA** di voler utilizzare:

<b>1</b>	<b>Locali</b>	Da convenire con i competenti organismi aziendali (Es. Dip. tecnico-organizzativo, Dip. Sanit. Pubblica, Distretto, ecc.)
	Presso:	_____
		_____
		_____

<b>2</b>	<b>Giorni e fasce orarie</b>	Da convenire con i competenti organismi aziendali (Es. Dip. tecnico-organizzativo, Dip. Sanit. Pubblica, Distretto, ecc.)
----------	------------------------------	--

Giorno:		dalle ore		alle ore	
Giorno:		dalle ore		alle ore	

Giorno:		dalle ore		alle ore	
<b>3</b>	<b>Prestazioni che intende offrire all'Utenza</b>				

**Vedi Tariffario allegato n. 1**

Il sottoscritto dichiara che le suddette prestazioni:

**sono**

**non sono**

erogate in attività istituzionale dall'U.O. dello scrivente.

<b>4</b>	<b>Prestazioni correlate</b>	Indicare se alle prestazioni che intende erogare in LP ne sono correlate altre ovvero se necessaria la collaborazione di altri specialisti:
----------	------------------------------	---

- Anestesia	SI	NO
-------------	----	----

Note : 


- Anatomia patologica	SI	NO
-----------------------	----	----

Note : 


- Altro servizio	SI	NO
------------------	----	----

Note : 


**N.B:** Le prestazioni correlate sono da considerarsi erogate in regime di Libera Professione alla pari della prestazione principale. Pertanto sono da ritenersi a completo carico dell'utente.

<b>5</b>	<b>Personale di supporto</b> ( infermieristico, tecnico, della riabilitazione ) Da convenire preventivamente con la competente dirigenza infermieristico-tecnica, sulla base della vigente organizzazione assistenziale aziendale.	SI	NO
----------	--	----	----

<i>Per le seguenti prestazioni:</i>	<table border="1" style="width:100%"><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr><tr><td style="height: 20px;"> </td></tr></table>						
<i>Qualifica professionale :</i>	IP                                      Tecnico (se SI indicare quale tipologia)						
<i>Stato del servizio:</i>	gi   attivo                                      da attivare						

<b>6</b>	<b>Attrezzature sanitarie</b>	Utilizzo	SI	NO
----------	-------------------------------	----------	----	----

Denominazione attrezzature		N inventario
a		
b		
c		
d		

<b>7</b>	<b>Modalit di Prenotazione</b>
----------	--------------------------------

- |   |   |  |
|---|---|--|
| ● | Lepida ScpA   |  |
| ● | Gestita da personale infermieristico/amm.vo dell'AUSL (scelta opzionabile c/o le strutture dove gi organizzata tale modalit per le prestazioni in ALP od istituzionali) |  |

<b>8</b>	<b>Assicurazione</b>
----------	----------------------

Dichiara, inoltre, di essere titolare di polizza personale contro gli infortuni stipulata con la Compagnia

Agenzia di \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Con validit fino al \_\_\_\_\_

nonch eventuale polizza per la responsabilit professionale per danni verso terzi (comprensiva del danno biologico) integrativa della "copertura aziendale", stipulata con la Compagnia

\_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Con validit fino al \_\_\_\_\_

<b>9</b>	<b>Ricettario</b>
----------	-------------------

Dichiara, altres , di essere a conoscenza che, ai sensi della vigente normativa in materia, non consentito l'uso del "ricettario nazionale" di cui al D.M. n. 350/88 ai sensi dell'art. 15-quinquies comma 4 del D. Lgs. n. 229/99.

Dichiara, infine:

1. che, provveder a comunicare tempestivamente all'U.O. ALP ogni variazione della propria attivit libero professionale suscettibile di modificare la presente comunicazione.
2. che, qualora eccezionalmente si trovasse nella necessit di erogare prestazioni libero-professionali al di fuori dei giorni/orari prescelti, lo comunicher immediatamente (anche tramite posta elettronica ) all'U.O. ALP per le necessarie autorizzazioni.

In fede.

Data, l \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SANITARIO

\_\_\_\_\_

Per presa visione, il Direttore dell'U.O.

\_\_\_\_\_

**MODALITA' DI EROGAZIONE DELL'ALP E VINCOLI COLLEGATI AD ISTITUTI  
NORMATIVI E CONTRATTUALI**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

Dirigente Sanitario a rapporto esclusivo in servizio presso:

nella disciplina di:

con qualifica di :

**VEDI PAG. 1**

**DICHIARA**

di erogare l'attività libero-professionale in parola al di fuori degli orari di lavoro e nel rispetto dei medesimi;

di procedere alla segnalazione dell'orario dell' ALP (inizio e termine), mediante l'utilizzo del badge marcatempo in dotazione, con la funzione F2 in entrata/uscita;

di prendere atto dei seguenti vincoli all'erogazione dell'ALP (esemplificati in dettaglio all'art.7 del vigente Atto Aziendale ALP):

- turni di guardia e pronta disponibilità ordinaria
- malattia, infortunio
- astensioni dal servizio per gravidanza e maternità
- astensioni dal servizio per congedi parentali
- ferie
- permessi retribuiti che interessano l'intero arco della giornata
- congedo per rischio radiologico
- aspettative non retribuite concesse a vario titolo
- articolazioni flessibili dell'orario di servizio con regime di impegno ridotto (aree dirigenza)
- adesione allo sciopero, per orari coincidenti con quelli di astensione dal lavoro
- sospensioni dal servizio per provvedimenti cautelari collegati a procedure disciplinari

di prendere atto che qualora l'attività libero-professionale risulti prestata in una delle condizioni ostative elencate, il relativo compenso sarà trattenuto dall'Azienda, che valuterà – altresì – l'adozione degli opportuni ulteriori provvedimenti collegati all'inadempienza rilevata, così come per ogni mancato rispetto della normativa nazionale e regionale in materia di libera professione intramoenia.

Si ribadisce che le indicazioni suddette hanno valore indicativo e non esaustivo, rimandando quindi alle norme vigenti in tema di Libera Professione e al Regolamento Aziendale.

In fede.

Data, l \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRIGENTE MEDICO

\_\_\_\_\_

**ALL. 1 -****Tariffario Attivit Libero-Professionale ambulatoriale individuale/ quipe all'interno  
delle strutture aziendali  
Sanitario.....**

N . Prog	Codice Prestazione da Nomenclatore Tariffario RER	Denominazione Prestazioni secondo nomenclatore tariffario RER	Tariffa proposta	Cat. Ripartiz. tariffa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**N.B. :** Tenere distinta la Visita da eventuali indagini strumentali