



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
"Santobono - Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri n.8
(già Via della Croce Rossa n. 8)
80122 Napoli

Codice Fiscale/Partita Iva n.06854100630

Modello n. 3

Domanda di autorizzazione per l'Attività Libero Professionale Intramoenia Allargata

**Al Direttore Generale
AORN SANTOBONO PAUSILIPON
S E D E**

Il sottoscritto Dr. **Matricola**

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente

in servizio presso l'U.O.

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 equipollente¹:
- *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 allargata:

secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il/i proprio/i studio/i professionale/siti sul territorio regionale e specificati nell'apposita scheda allegata alla domanda.

A tale riguardo allega relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità (DMPO) e del Referente ALPI circa la carenza degli spazi.

¹ La disciplina di appartenenza/servizio è la disciplina di assunzione nella quale si viene incardinati giuridicamente.



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
"Santobono - Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri n.8
(già Via della Croce Rossa n. 8)
80122 Napoli

Codice Fiscale/Partita Iva n.06854100630

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 inconfiribilità 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;
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 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;
5. che l'U.O. di appartenenza eroga, in regime istituzionale, le medesime prestazioni e/o procedure che si intendono prestare in regime ALPI;
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 prestazioni 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 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;
10. di impegnarsi a concordare con il Direttore/Resp.le dell'U.O. di appartenenza e con il Direttore/Resp.le del Macro-Centro di Responsabilità il calendario settimanale dell'ALPI Allargata;
11. di NON svolgere l'attività libero professionale presso strutture sanitarie accreditate;
12. che il/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata sono in possesso delle dovute autorizzazioni di legge, anche in relazione allo specifico tipo di prestazioni che vi sono erogate e che pertanto è/sono idonei sotto il profilo igienico-sanitario ed è/sono provvisti di tutte le attrezzature necessarie/adequate alla tipologia ed al volume delle attività da svolgere;
13. che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata non operano professionisti incompatibili (dirigenti sanitari dipendenti di aziende sanitarie non in regime esclusivo, liberi professionisti);
14. che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata operano anche i seguenti professionisti non dipendenti ovvero dipendenti non in regime di esclusività (extramoenia) _____ e pertanto chiede la deroga prevista dall'art.1, co.4, lettera f), della L.n.120/2007 e ss.mm.ii.. A tale fine il sottoscritto DICHIARA che le regole di organizzazione dello studio, definite ed accettate da tutti i professionisti ivi operanti, rispondono al principio di "completa tracciabilità delle singole prestazioni" stabilito dalla legge 120/2007 ed escludono qualsiasi addebito a carico dell'AORN Santobono-Pausilipon. Quanto da me dichiarato è comprovato dall'allegata dichiarazione sottoscritta da tutti i professionisti sopraindicati sollevare l'AORN Santobono-Pausilipon da qualsiasi responsabilità inerente l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature presso lo/gli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata e di essere consapevole che la copertura RCT è a proprio carico;
15. di impegnarsi a connettersi con la infra-struttura di rete dell'AORN Santobono-Pausilipon di essere consapevole che gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il collegamento con la infra-struttura di rete dell'AORN Santobono-Pausilipon sono a carico del professionista, come previsto dalla normativa in materia di ALPI;
16. di conoscere ed accettare le procedure di accesso e di riscossione proventi in uso presso l'AORN Santobono-Pausilipon;
17. di impegnarsi a presentare agli uffici competenti di questa Azienda i resoconti delle prestazioni nei termini stabiliti nel regolamento aziendale;
18. di comunicare tempestivamente, e comunque entro 5 giorni dall'evento, qualsiasi variazione che ha valenza sull'attività libero professionale;
19. di essere a conoscenza che l'autorizzazione per l'ALPI allargata ha natura provvisoria e che pertanto la stessa decadrà automaticamente con l'assegnazione, allo scrivente, di uno spazio all'interno del macrocentro di appartenenza oppure, ove sussistano le condizioni, presso altre strutture aziendali dove poter svolgere l'ALPI;
20. di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali nel rispetto della legislazione vigente.

Data

Il Richiedente



***Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
“Santobono - Pausilipon”***

*Via Teresa Ravaschieri n.8
(già Via della Croce Rossa n. 8)
80122 Napoli*

Codice Fiscale/Partita Iva n.06854100630

Parere del Direttore/Responsabile del Dipartimento di appartenenza in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore di Dipartimento

Parere favorevole

Il Referente ALPI Aziendale

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro
di Responsabilità DMPO

SI ALLEGA:

1. Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi;
3. Scheda riportante luogo di svolgimento, calendario e prestazioni che si intendono erogare.



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
"Santobono - Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri n.8
(già Via della Croce Rossa n. 8)
80122 Napoli

Codice Fiscale/Partita Iva n.06854100630

Allegato alla domanda di autorizzazione per poter svolgere

ALPI ALLARGATA - Prestazioni Ambulatoriali

"Attività Libero Professionale Intramoenia, luogo di svolgimento, calendario e prestazioni erogabili"

Il sottoscritto Dr. Matricola

SEZIONE A "Contesto di svolgimento dell'ALPI"

3. DICHIARA di svolgere l'ALPI Allargata presso il/i seguente/i studio/i professionale/i

Primo Studio

- Studio professionale

sito in Via

Comune prov. CAP

Secondo Studio

- Studio professionale

- sito in Via

- Comune prov. CAP

STRUTTURA SANITARIA NON ACCREDITATA

- Struttura sanitaria NON accreditata

- P.IVA

autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento rilasciato da in data

- sito in Via

- Comune prov. CAP

SEZIONE B “Calendario settimanale di effettuazione dell’ALPI”

DICHARA di voler svolgere l’ALPI allargata in base al seguente calendario				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Studio ¹	Tipo di accesso
Lunedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Lunedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO
Martedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Martedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO
Mercoledì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Mercoledì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO
Giovedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Giovedì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO
Venerdì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Venerdì	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO
Sabato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PRIMO ACCESSO
Sabato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SECONDO ACCESSO

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

¹ Indicare se primo studio, secondo studio, centro sanitario NON accreditato, domiciliare.



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta Specializzazione
"Santobono - Pausilipon"**

Via Teresa Ravaschieri n.8
(già Via della Croce Rossa n. 8)
80122 Napoli

Codice Fiscale/Partita Iva n.06854100630

SEZIONE C "Tipologia di prestazioni in ALPI allargata"

Codice Prestazione (codice catalogo)	Descrizione Prestazione	Tempo erogazione prestazione	Tariffa Omnicomprensiva
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

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 di Dipartimento di appartenenza 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 DMPO

Parere favorevole

Il Referente ALPI Aziendale