……, _____

Spettabile ASST di Pavia

COGNOME _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

MATRICOLA _____

QUALIFICA _____

DISCIPLINA_____

TEL. E CELL. _____

E-MAIL _____

E-MAIL PEC_____

PRESIDIO/SEDE ATTIVITA' _____

UOS/UOSD/UOC _____

OGGETTO: **Richiesta di autorizzazione all'esercizio di attività libero professionale intramuraria**

Io sottoscritto/a _____

CHIEDO

l'autorizzazione all'esercizio di Attività Libero Professionale Intramuraria nella seguente disciplina/specialità (indicare una sola scelta):

- disciplina di appartenenza/ovvero equipollente o affine _____
- scuola di specializzazione in _____

☐ in regime ambulatoriale individuale

☐ in regime ambulatoriale d'èquipe

☐ in regime di ricovero

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI CHE INTENDE EFFETTUARE:

☐ 1 Visita

☐ 2 Prestazione diagnostica strumentale

☐ 3 Visita con associate prestazioni terapeutiche e/o diagnostiche strumentali

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

CODICE	PRESTAZIONI	TIPOLOGIA PRESTAZIONI (1,2,3)	PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO QUALIFICA	STIMA DI ESECUZIONE (MIN)		TARIFFA
				DIRIGENTI	PERSONALE DI SUPPORTO	

1. infermieri professionale
2. tecnico sanitario di laboratorio biomedico
3. tecnico sanitario di radiologia medica
4. tecnici di riabilitazione
5. fisioterapista
6. ortottista assistente di oftalmologia
7. tecnico audiometrista
8. assistente sanitario
9. logopedista
10. ostetrica
11. altre figure (specificare quali):_____

*** di norma e se possibile secondo il criterio della rotazione, l'individuazione del personale di supporto diretto è a carico dello specialista; indicare il/i nominativi del personale che ha/hanno espresso disponibilità ad effettuare l'attività di supporto diretto:**

_____

_____

EQUIPE: indicare il/i nominativi dei dirigenti medici/sanitari che ha/hanno espresso disponibilità ad effettuare l'attività in equipe:

_____

_____

FASCE ORARIE dell'attività libero professionale intramuraria ambulatoriale:

GIORNO	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE	LOCALI UTILIZZATI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE O PRESSO STUDI PROFESSIONALI COLLEGATI IN RETE (indicare se istituzionali o dedicati alla LP, Presidio/sede ove sono ubicati e indirizzo)
LUNEDI'				
MARTEDI'				
MERCOLEDI'				
GIOVEDI'				
VENERDI'				
SABATO				
		TOTALE ORE		

(N.B.: si precisa che l'assegnazione dei locali sarà subordinata alla verifica di disponibilità attestata dal Direttore Medico del Presidio Ospedaliero/Responsabile territoriale di competenza, mediante apposizione di firma in calce alla presente richiesta e che al momento non è previsto, nella giornata del sabato, il servizio di accettazione amministrativa da parte degli sportelli aziendali.

In caso di carenza/inidoneità degli spazi interni l'autorizzazione all'esercizio della libera professione in intramoenia allargata potrà essere rilasciata previa autocertificazione relativa alla carenza/inidoneità sottoscritta dal Direttore Medico di Presidio.)

In relazione alla presente richiesta, io sottoscritto/a dichiaro di essere consapevole che l'attività libero professionale intramuraria deve essere svolta solo nei giorni e nelle fasce orarie autorizzati dalla Direzione Aziendale, al di fuori dell'orario di lavoro e comunque al di fuori dell'attività istituzionale. Inoltre, detta attività non può essere esercitata nelle giornate di ferie, smonto notte ed in occasione dell'effettuazione di turni di guardia, pronta disponibilità, assenza dal servizio per malattia, astensioni obbligatorie e facoltative dal servizio, orario ridotto a seguito di maternità e assenze dal servizio a vario titolo. Sono a conoscenza che tale attività è, altresì, inibita agli operatori con rapporto di lavoro a tempo parziale e ai dirigenti medici e sanitari a tempo ridotto o che abbiano optato per il regime extramoenia, nonché in tutti i casi di sospensione cautelare o disciplinare dal servizio. Al riguardo, dichiaro di essere consapevole che dalla violazione di tali prescrizioni potrebbero derivare responsabilità penali, civili, amministrative e disciplinari, oltre all'eventuale revoca dell'autorizzazione.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, io sottoscritto/a dichiaro, altresì, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali così come stabilito dall'articolo 76 del citato DPR per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, l'assenza di incompatibilità e di conflitti di interesse, anche potenziali, o comportamenti che, comunque, implichino forme di concorrenza sleale nei confronti dell'Azienda, secondo la vigente normativa in materia e vigente codice di comportamento dei dipendenti di codesta Azienda.

Infine dichiaro di:

- essere nato il _____ a _____ e residente a _____ via/piazza _____;
- aver conseguito il diploma di laurea in: _____ il _____ presso l'Università di _____;
- aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ il _____ presso l'Università di _____;
- essere iscritto all'albo professionale dei _____ provincia di _____ con il n. _____;
- essere (compilare una delle due seguenti ipotesi):

☐ alle dipendenze di questa Azienda Socio Sanitaria Territoriale con rapporto di lavoro esclusivo e di essere inquadrato come dirigente medico/sanitario di _____ (indicare la disciplina di appartenenza);

☐ oppure di essere medico universitario convenzionato con opzione allo svolgimento di funzioni assistenziali presso questa Azienda nella disciplina di _____.

In fede.

_____

firma

(Si allega copia fronte/retro di un valido documento d'identità del richiedente)

IL RESPONSABILE DI UOC/UOSD

☐ parere favorevole

☐ parere contrario

_____

(Timbro e firma)

IL DIRIGENTE DAPSS

☐ parere favorevole

☐parere contrario

_____

(Timbro e firma)

(in caso di supporto diretto del personale del comparto)

DIRETTORE MEDICO DI P.OSPEDALIERO/DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIP/DIRETTORE INTEGRAZIONE DIP INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

☐parere favorevole

☐parere contrario

_____

(Timbro e firma)

***N.B.: in caso di parere contrario si rammenta la necessità di una chiara motivazione a supporto:

_____

_____

_____

_____