

- MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE -
Attività libero-professionale intramuraria (prestazioni ambulatoriali)

Al Direttore Generale dell'ASL BR
Via Napoli, 8
72100 BRINDISI

tramite: Il Direttore dell'U.O. (di appartenenza)
di _____

OGGETTO: Richiesta di autorizzazione attività libero-professionale (ALP/ALPA) intramuraria
per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali. Disciplina di _____

_____ l sottoscritt _____ in servizio
presso l'U.O. di _____ con il profilo professionale di:

- a) Direttore (struttura complessa) di _____
- b) Responsabile (struttura semplice) di _____
- c) Dirigente di _____

con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato/determinato,

CHIEDE

di essere autorizzat... a svolgere nella disciplina di _____

attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le esigenze organizzative
dell'Unità operativa di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro:

- a) negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione;
- b) **presso lo studio professionale** sito in _____ via _____, telefono _____

in riferimento al quale, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di mendaci dichiarazioni e false attestazioni, ai sensi del D.P.R. n.445/2000, dichiara la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente relativamente all'attività oggetto della presente.

A tal fine si riporta al parere del Direttore dell'U.O. attestante che non esistono spazi adeguati all'interno della Struttura per lo svolgimento dell'attività libero professionale in regime ambulatoriale.

c) nei giorni e durante gli orari di seguito indicati:

Giorni	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

d) con l'utilizzo dei seguenti strumenti di proprietà dell'Azienda:

e) e con il supporto del sottoelencato personale:

 1 sottoscritt. intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni con il compenso professionale accanto a ciascuna proposto:

- ✓ prestazione _____ compenso €. _____
- ✓ prestazione _____ compenso €. _____
- ✓ prestazione _____ compenso €. _____

N.B. Presso gli studi privati: le tariffe non possono essere di importo inferiore a quelle previste dalla normativa vigente in materia di prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale

Il professionista dichiara di essere a conoscenza che non appena l'Azienda sarà in grado di fornire idonei locali dovrà abbandonare lo studio privato ed esercitare la propria attività ALP all'interno dell'Azienda.

Il professionista dichiara altresì:

- a) di accettare tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento approvato con deliberazione n. 1321 del 7.5.2008, con relativi allegati e/o di quelle modificative e integrative dello stesso Regolamento;
- b) di essere consapevole che l'art. 72, comma 7, della legge 23.12.1998, n. 448, prevede, nel caso di violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro e la restituzione dei proventi ricevuti.
- c) di aver chiuso la propria partita IVA.

Data _____

Firma _____

Parere del Direttore U.O. (di appartenenza)

Data _____

Firma del Direttore U.O. _____

Visto del Direttore medico della Struttura
(P.O./Distretto/Dipartimento)