

Da inoltrare tramite
Direzione del Dipartimento di
afferenza
Direzione Medica di Presidio;
Direzione Distrettuale.

U.O.C CUP ALPI e Liste di Attesa

Direttore Dott.ssa Maria Antonia Di Palma

Email: cupalpielistediattesa@aslnapoli3sud.it

alpi@pec.aslnapoli3sud.it

tel. 0818490656

**Al Direttore Generale
SEDE**

Domanda di autorizzazione ALPI ALLARGATA

La presente istanza va compilata esclusivamente al computer ai fini dell'accoglimento della stessa

Il sottoscritto Dr. _____ Matricola _____

Dipendente di questa Azienda con la qualifica di Dirigente Medico / Dirigente Sanitario _____

inquadrate nella disciplina di _____, Specializzato in _____

in servizio presso l'U.O.C /U.O.S. D dell'Distretto /Direzione Medica di Presidio/ Dipartimento di _____

email _____

cell. _____

C.F. _____

Avendo i titoli specifici così come indicati dalle norme nazionali, regionali ed aziendali che regolano la materia

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere l'ALPI ALLARGATA:

- In regime Ambulatoriale ()
- in regime di ricovero ordinario ()
- day hospital ()
- nella disciplina di appartenenza /servizio o equipollente:
- **in alternativa di essere autorizzato dal Direttore Generale**, previa istruttoria dell'Organismo Paritetico, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui _____ sia _____ in _____ possesso _____ di _____ specializzazione _____

- Di voler erogare le prestazioni elencate nella Sez. A
- Di non svolgere l'attività libero professionale nei casi vietati dal regolamento ALPI vigente;
- Di aver concordato con il Direttore di UOC _____ e con la Direzione Medica di Presidio di P.O. () , Distretto() , di Dipartimento ()
- Di espletare tale attività presso il seguente STUDIO PRIVATO sito in Via _____ o presso STRUTTURA PRIVATA NON ACCREDITATA sito alla Via _____
- Di disporre l'onorario (inteso come compenso del Dirigente Medico/ Sanitario per l'erogazione della prestazione indicata, ai quali, secondo quanto previsto dal Regolamento Aziendale adottato, con

Deliberazione n. 247 del 22.02.2022, verranno sottratte le voci di L.A. Perequazione, IRAP), e dunque, accettando i criteri di riparto delle tariffe previste dal regolamento ALPI

- Di allegare il modello di attivazione agenda CUP.

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 Napoli 3 Sud", adottato con deliberazione del Direttore Generale n.371 del 29/4/2022, nel "Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022/2024"
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 alla 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 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 medico di presidio/Distretto/ Dipartimento di Responsabilità il calendario settimanale dell'ALPI Allargata;
11. di NON svolgere l'attività libero professionale presso strutture sanitarie accreditate;
12. che il titolo di utilizzo dello/degli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata, è il seguente: _____¹
13. 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;
14. ☐ 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);
15. ☐ 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'ASL Napoli 3 Sud. Quanto da me dichiarato è comprovato dall'allegata dichiarazione sottoscritta da tutti i professionisti sopraindicati.

¹ Locazione, comodato d'uso, proprietà, contratto di servizio, ecc.

16. di sollevare l'ASL Napoli 3 Sud da qualsiasi responsabilità inerente all'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;
17. della legislazione vigente.

Data _____

Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore medico di presidio/Distretto/ Dipartimento 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
di Resp.

Il Direttore Medico di Presidio/Dipartimento/Distretto

DICHIARA di voler svolgere l'ALPI secondo il seguente calendario Indicare se la agenda potrà essere visibile su tutto il territorio ☐ e/o prenotabile mediante il canale Call Center dedicato 081185556 ☐				
Giorni	Dalle ore	Alle ore	Indicare lo studio /Struttura Privata NON Acc. *	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

*compilare lo stesso modello se si svolge l'attività libero professionale in allargata presso altri studi.

☐ INDICARE IL PROPRIO CONSENSO ALLA DIVULGAZIONE DI RECAPITO TELEFONICO (FISSO O DI CELL) DA RIPORTARE SULLA PAGINA UFFICIALE DELL'ASL NAPOLI 3 SUD ALLA "VOCE ALPI" AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE, DGRC N. 46 DEL 08.02.2022
RECAPITO _____

Il Richiedente

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
di Resp.

Parere favorevole

Il Direttore Medico di Presidio/Dipartimento/Distretto

Sezione B “Tipologia di prestazioni in ALPI”



DICHIARA di voler svolgere in ALPI le seguenti prestazioni				
Codice della prestazione che si intende erogare (catalogo Reg. n. 660 del 26.22.3024)	*Descrizione della Prestazione * facoltativa	Tempo di erogazione	Tariffa *Omnicomprendensiva di tutte le ripartizioni indicate nel Regolamento Aziendale	Eventuali note
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		
		,.....		

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza
di Resp.

Parere favorevole

Il Direttore Medico di Presidio/Dipartimento/Distretto

1. Allegare documento di riconoscimento C.I.E
2. allegare il decreto sindacale della Struttura Privata NON Accredita.