

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE O VARIAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA AMBULATORIALE INDIVIDUALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione a svolgere attività libero professionale intramuraria in regime ambulatoriale individuale nella branca di \_\_\_\_\_ per le seguenti prestazioni:

<b>Sede di esecuzione delle prestazioni</b>	_____
---	-------

Descrizione prestazione	Codice CVP	Personale Supporto SI/NO	Tariffa finale utente*	Tempo medio prestazione

\* la tariffa utente non può essere inferiore a quella prevista dalle vigenti disposizioni a titolo di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria per la corrispondente prestazione comprensiva della tassa di cui alla L. n. 111/2011

**nei seguenti giorni e orari, compatibilmente con le esigenze di servizio**

giorno	dalle ore	alle ore

In caso di utilizzo di personale di supporto:

Qualifica	n.	Minuti per unità	Tariffa oraria netta

Il/la sottoscritto/a dichiara quanto segue:

- che l'attività in LP verrà svolta al di fuori dell'orario di lavoro e distinta da quella istituzionale, **con l'utilizzo della specifica timbratura cod. 53**. Qualora in base ai turni di lavoro si verificassero variazioni al calendario/orario dell'attività LP, queste verranno comunicate al CUP in tempo utile per l'aggiornamento delle agende di prenotazione utilizzando l'apposito modulo;
- che l'attività LP non sarà concorrenziale nei confronti del SSN;
- che non svolgerà in LP un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali; il volume di prestazioni ambulatoriali rese dal singolo professionista in regime di libera professione non può essere superiore al volume delle prestazioni erogate in regime istituzionale;

- che non utilizzerà il ricettario SSN durante lo svolgimento dell'attività LPI né la modulistica propria del regime pubblico;
- che si impegna a garantire lo svolgimento dei compiti istituzionali e degli obblighi derivanti dalle norme vigenti in materia di libera professione e dal Regolamento Aziendale.

Luogo, data \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
(timbro e firma dello specialista / professionista)

---

**RISERVATO AL DIRETTORE DELL'U.O.S.D. ATTIVITÀ SPECIALISTICHE**

Il Direttore dell'U.O.S.D. Attività Specialistiche, vista la presente domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività LPI ambulatoriale individuale

**ATTESTA**

- 1) di aver accertato che le prestazioni indicate sono effettuabili in attività istituzionale;
- 2) che i giorni e gli orari proposti sono compatibili con lo svolgimento delle attività istituzionali;
- 3) di aver verificato il corretto utilizzo del personale di supporto, se richiesto, e di tutte le risorse messe a disposizione.

**ed esprime parere favorevole**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Il Direttore U.O.S.D. Attività Specialistiche

 \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

---

**RISERVATO ALLA DIREZIONE DI STRUTTURA**

Il Direttore/Responsabile di Struttura, vista la presente domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività LPI ambulatoriale individuale

**ATTESTA**

- 1) di aver accertato la disponibilità degli spazi, degli orari e delle attrezzature necessarie allo svolgimento dell'attività LPI proposta;
- 2) di aver accertato l'assimilabilità e durata della prestazione in attività LP con la medesima prestazione resa in attività istituzionale;
- 3) di aver accertato la compatibilità quanto a personale di supporto, se richiesto, con quello previsto per la medesima prestazione resa in attività istituzionale;
- 4) di aver valutato la congruenza di prestazioni e tempi medi.

**ed esprime parere favorevole**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Il Direttore/Responsabile di Struttura

 \_\_\_\_\_  
(timbro e firma)