

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.M. - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA

Richiesta autorizzazione ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Il sottoscritto _____ nato il _____

Matricola n. _____ codice fiscale _____

dirigente medico di _____ Specializzazione in _____

in servizio presso _____ in possesso dei requisiti previsti per Legge per lo svolgimento delle attività sanitarie esercitate e con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale:

Nella struttura aziendale _____

Presso il proprio studio professionale sito in _____ via _____
(da allegare relazione del Direttore di Dipartimento)

- DICHIARA che lo studio professionale privato presso il quale intende svolgere l'attività libero professionale indicata è dotato dei requisiti igienico sanitario previsti dalla normativa vigente in relazione alla disciplina professionale di cui trattasi e che le apparecchiature sanitarie presenti sono conformi alle norme di sicurezza.

nei giorni e negli orari di seguito indicati compatibilmente con l'attività istituzionale:

Giorno della settimana	Orario attività'	n. utenti

- per lo svolgimento di tali attività necessita di personale di supporto con qualifica di -
_____ o di personale dedicato con qualifica di

- per lo svolgimento di tali attività necessita di strumentario e/o di apparecchiature elettromedicali del tipo:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Si Allega alla presente:

- l'elenco delle prestazioni erogate in L.P.I. e delle relative tariffe che non potrà essere inferiore alla tariffa regionale e che saranno ripartite come da regolamento aziendale;

- Dichiarazione attestante la copertura assicurativa sussidiaria (qualora sottoscritta)

DICHIARA altresì:

- che le prestazioni in regime di attività libero - professionale saranno comunque svolte al di fuori dell'orario di servizio e del servizio in pronta disponibilità;

- di conoscere e accettare tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria

- che le prestazioni rese in libera professione intramoenia rientrano nella disciplina di appartenenza .

FIRMA

Matera, _____

Il Direttore U.O.

Il Direttore di Dipartimento

Tariffario per prestazioni erogate in Libera Professione Intramoenia

Dr./Dr.ssa _____

dirigente medico in servizio presso:

Struttura: _____

Reparto/Servizio: _____

elenco delle prestazioni erogabili in Libera Professione Intramoenia
con le relative tariffe a lordo delle ritenute previste dal vigente
regolamento:

Cod.Min.	Prestazione	Tariffa

Data: _____

Firma _____