



Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero
Crediti Prestazioni Sanitarie

Loro Sedl

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa DE MARTINO ATTILIO
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato
 determinato

in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

per se stesso

per l'equipe, denominata: _____ in qualità di _____
ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti dirigenti:

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

Coordinatore d'Equipe dr. _____

- l'apertura di un nuovo ambulatorio.
 - la modifica/aggiornamento dell'orario dell'ambulatorio di _____ autorizzato.
 - la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
 - l'effettuazione di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:
- LIBERAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):
C/O : U.O.C. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
IL PIANO DELL'OSPEDALE CIVILE

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (S/N/O)
99.7	VISITA FISICA		65,00	20	NO

- (1) il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).
 (2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

ORARIO OPERATIVITA' (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
V. FISICA			15.00	16.20								

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)
 (descrizione) _____

MATERIALI IMPIEGATI (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale: garze, telini ecc.)

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione _____ Materiali utilizzati _____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'EQUIPE:
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

COMUNICAZIONI: il/la richiedente/i con la sottoscrizione prende/opo atto che tutte le comunicazioni inerenti la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/opo di inviare le e-mail al/i seguenti indirizzi:
at@dem-cam@com.ve.mucche.it
.....@.....
.....@.....

SENIGALLIA li. 18/11/16

IL PROFESSIONISTA Antonio De Simone OVVERO I COMPONENTI L'EQUIPE

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle U.O.C. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erigate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

REG. I. 11/11/16
AREA VASTA - SENIGALLIA
U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione
DR. Fucilli Gianco Maria
NIPSTRUP 11

Direttore di Dipartimento (solo in caso in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)

Dirigente Professioni Sanitarie (solo per richieste di cui ai punti 1,4)