

Al Direttore Area Vasta 2

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

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa STEFANIA PAGANI
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 determinato
- in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di _____

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/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già autorizzato.
- la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):
Policlambatorio Torio Semigollia, Via Campo Boario
II° piano

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) (SI/NO)
	Vedi	Popilio	allegato		

- (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
			17:30	19:00	15:00	17:00						

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/i richiedente/i con la sottoscrizione prende/ono atto che tutte le comunicazioni inerenti la gestione nel tempo della presente autorizzazione avvengono via posta elettronica. A tale scopo chiede/ono di inviare le e-mail al/ai seguenti indirizzi:

.....@.....
.....@.....
.....@.....

Li, _____

IL PROFESSIONISTA

Stefano Pagan

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 erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

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

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

[Signature]
REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA VASTA N.2-SENIGALLIA
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
Distretto Sanitario di Senigallia
IL DIRETTORE
(Gentili Dott. Gilberto)

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

Prestazioni che si intendono erogare:

Cod. Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto (1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio personale di supporto diretto (3)(SI/NO)
	Certificazione Medico - Legale	100 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo A	300 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo B	400 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo C	500 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo D	600 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo E	700 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo F	800 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo G	900 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo H	1.000,00 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo I	1.200,00 + IVA		30 minuti	No
	Prestazione medico legale tipo L	1.500,00 + IVA		30 minuti	No

Stefano Regeni