

C. Zetti



Regione Marche
 Azienda Sanitaria Unica Regionale
 P.O. U.S. S. ANGELO A. AREA VASTA N. 2 - ANCONA

0097366 28/08/2014
 ASURAV2 AFFGEN A

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 IRIDEA BURESTA
 dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 - determinato
- } in regime di esclusività

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

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. _____

1. l'apertura di un nuovo ambulatorio.
2. la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già
 autorizzato.
3. la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
4. 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.):

DISTRETTO SANITARIO DI SENIGALLIA, DIPARTIMENTO DI
SALUTE MENTALE 1° P. V/O ALTO STUDIO PER DISTRETTO DI
SENIGALLIA

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

Codice Reg.le	Descrizione	Onerario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
32270	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	50 €		60 m	NO
32293	PSICOTERAPIA FAMILIARE/DI COPPIA	80 €		90 m	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
PSICOTERAPIA INDIVIDUALE					16.30	17.30			16.30	17.30		
PSICOTERAPIA FAMILIARE					✓	✓			17.30	19.00		

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)

COMUNICAZIONE: 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:

michele.bonetti@sanita.marche.it
.....@.....
.....@.....

Senigallia Li. *13.8.2014*

IL PROFESSIONISTA	OVVERO	I COMPONENTI L'EQUIPE
<i>Michele Bonetti</i>		_____

PARERE 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 in di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

[Signature]

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

REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA ASSISTENZIALE DISTRETTO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
Distretto Sanitario di Senigallia
IL DIRETTORE
(*Gentili Dott. Gilberto*)

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