

ID: 633081 06/02/2015 SEDAPO

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

FERRONI PIERO

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato

in regime di esclusività

determinato

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

ODONTOLOGICA

Sede di  Fabriano  Jesi  Ancona  Senigallia

CHIEDE

per se stesso

per l'équipe, denominata: ATTIVITA' DIAGNOSTICA INTEGRATIVA in qualità di

COORDINATORE ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti

dirigenti:

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

dr. \_\_\_\_\_ dr. \_\_\_\_\_

Coordinatore d'Équipe dr. PIERO FERRONI

- 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.):

POLICLINICO via Campo Boario n° 4  
U.O. OCULISTICA OSPEDALE

**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)
	VISITA OCULISTICA	⊙	92 €	20 minuti	NO
	ATTIVITA' ORTOICA		Comprensivo del Delle		} <b>ATTIVITA' EQUIPE</b>
	STUDIO DELLA MOTILTA' OCULARE		30.00	30 minuti	
	CARPO VISIVO		35.00	40 minuti	
	OCI		49.00	30 minuti	

→ attività singole ok. Forconi

(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)

↳ Innostrazione uterina visite vu 1640

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
<b>DRIFERONI</b>					15	17						
<b>EQUIPE ORTOICA</b>	15.15	18.00			15.15	18.15						

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

(descrizione) MACCHINARI IN USO A ADVANCE VISITE OCULISTICHE (ok. Forconi)

MACCHINARI IN USO AMBULATORIO ORTOICO + OCI + CU EQUIPE

**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: N° 6 VISITE OCULISTICHE Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

Prestazione: N° 6 OCI Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

N° 4 CARPISIVI → 6 VISITE ORTOICHE (STUDIO DELLA MOTILTA' OCULARE)

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)

SI STABILISCE CHE IL COORDINATORE DELL'EQUIPE NON PERCEPIRA' COMPENSI DALL'ATTIVITA' ORTOGICA

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:

...pietro.ferroni@fermate.marche.it  
romano.fiorani@esero.it  
daniela.maggi@emcip.it

Benigallie LI. 11.2.15

IL PROFESSIONISTA



OVVERO

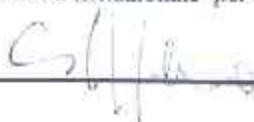
I COMPONENTI L'EQUIPE

Romano Fiorani  
Daniela Maggi

### 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 UU.OO. 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)

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

Nulla osta

REGIONE MARCHE A.S.U.R.  
AREA VASTA N.2 - BENIGALLIA  
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE  
Distretto Sanitario di Benigallie  
IL DIRETTORE  
(Gentili Dott. Gilberto)