

GIRETTI



Regione Marche  
 Azienda Sanitaria Unica Regionale  
 AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONF

0108999 | 11/06/2015  
 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 MICHELE DEL TORTO  
 dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato } in regime di esclusività

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

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.):

POLIAMBULATORIO SEMIGALLIA - DISTRETTO

**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 SPECIALISTICA		90	20	NO
	VISITA DI CONTROLLO		60	20	NO
	VISIONE ESATTI		30	20	NO
	RELAZIONE SPECIALISTICA	200		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
			15:30	12:30	15:30	12:30						

**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:

dal Toti Michele .....@.....gmail.....com

.....@.....

.....@.....

JEI

Li. 10/6/2015

IL PROFESSIONISTA

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 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)

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

**Laura Santoni**

**Da:** Michele Del Torto [deltortomichele@gmail.com]

**Inviato:** mercoledì 10 giugno 2015 20.19

**A:** Laura Santoni

**Oggetto:** Re: Libera professione Dr. Del Torto Michele

Come da accordi le invio la richiesta di libera professione per il poliambulatorio di senigallia (via campo boario).  
Come ci eravamo detti ho inserito 2 giorni possibili (Martedì e Mercoledì) da cui poi sceglierò un giorno in base alle disponibilità di Senigallia.  
Resto in attesa di

11/06/2015