

0102353 | 04/06/2015  
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 MERGANI WGA  
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato } in regime di esclusività

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

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 FALCONARA R.M.A. Via ROSSELLI  
n° 11. 1° 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) |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
|               | VISITA OCUListica        |                                     | 1000                        | 30                            |   |
|               | CAMP. VISIVO COMP.       |                                     |                             |                               | SI  |
|               | " " ESTERNA              |                                     |                             |                               | SI  |
|               | STUDIO HOSTILITA' OCLARE |                                     |                             |                               | SI  |
|               |                          |                                     |                             |                               |   |

(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 |
| VISITA OCUListica   |        |      |         |      |           |      |         |      | 14.30   | 16.30 |        |      |
| C.V. ESTERNA        |        |      |         |      |           |      |         |      | 14.30   | 16.30 |        |      |
| STUDIO HOST. OCLARE |        |      |         |      |           |      |         |      |         |       |        |      |

**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: VIS OCUListica Materiali utilizzati: lenti

FLUORESCINA

Prestazione: CAMP. VISIVO COMP. ESTERNA Materiali utilizzati: lenti ricambi

Prestazione: C. V. ESTERLANN Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_  
PREST. STUDIO FOR OCHIARE \_\_\_\_\_

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:

lucrezia.enti@libero.it  
.....@.....  
.....@.....

Feltrina Li. 25/09/15

|                      |        |                       |
|----------------------|--------|-----------------------|
| IL PROFESSIONISTA    | OVVERO | I COMPONENTI L'EQUIPE |
| <u>Lucrezia Enri</u> |        | _____                 |
|                      |        | _____                 |
|                      |        | _____                 |
|                      |        | _____                 |

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)  
Federica Perreuti Patrizia Balzani  
**IL DIRETTORE**  
**DISTRETTO N. 7 - ANCONA**  
**Dott.ssa Patrizia Balzani**

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