

0174300 | 18/09/2015
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 LAURA MAZZARINI
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato
 determinato

in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di SERVIZIO MEDICINA LEGALE
Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

per se stesso

per l'équipe, 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.
- ^{AGGIUNTA} ~~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.):

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

| Codice Req. le | Descrizione | Onerario Professionale richiesto(1) | Tariffa finale proposta (1) | Tempo medio di esecuzione (2) | Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO) |
|----------------|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| | CONVULSIONI MED. LEGALE | 400 + IVA | | | NO |
| | CONVULSIONI MED. LEGALE | 300 + IVA | | | NO |
| | CONVULSIONI MED. LEGALE | 1000 + IVA | | | 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 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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:

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

Allegato Li. 16.9.2015

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

[Signature]

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 "extra professionale").

[Signature]

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)