

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 FRANCESCO TATTANELLI (SPEC. AMB.)

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
  - determinato
- } In regime di esclusività

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

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.):

ECG: ARB. CANTILICIA DEL POLAMB. FALCONARA  
(PIANO TERRA); ECOCCORDI: ARB. ECOCCORDI POLAMB. FALCONARA

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

Codice Reg. Is	Descrizione	Onerario Professionale richiesto (1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (S/NO)
	ECOCARDIOGRAMMA		60 €	20'	S/
	ELETTROCARDIOGRAMMA		20 €	5'	S/

- (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 rilevato 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
ECOCCORDI					16	16,40						
ECG-					17	17,15	10,00					

APPUNTAMENTO

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

(descrizione) ELETTROCARDIOGRAFO ; ECOCARDIOGRAFO +  
STAMPANTE

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: ECOCCORDI Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

CARTA LETTINO; CARTA STAMPANTE; GEL

Prestazione: ECG Materiali utilizzati: \_\_\_\_\_

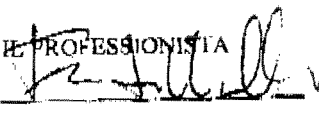
CARTA LETTINO; ELETTRODI MONOUSO

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:  
.....@.....  
.....@.....  
.....@.....

FALCONARA 11. 5. 2015

IL PROFESSIONISTA  
  
ASUR MARCHE  
AREA VASTA 2 DISTRETTO 7  
POLIAMBULATORIO FALCONARA M.  
Dr. Francesco Tartacchi  
Specialista in Cardiologia  
Cod. Fisc. TTT FNC 03M18 L480N

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 della 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)

REGIONE MARCHE - ASCI  
Direzione Medica del Presidio/ovvero Direzione di Distretto (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)  
U.O. CURE PRIMARIE DOMICILIARI  
REGIONE MARCHE - ASCI  
DIREZIONE DI MEDICINA

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