



Regione Marche  
**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
 ADD: Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA

0017490 | 29/01/2016  
 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 GATERINA TODESCHINI

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
  - determinato
- } in regime di esclusività

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

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'Équipe dr. \_\_\_\_\_

1.  l'apertura di un nuovo ambulatorio.
2.  la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di ENDOSCOPIA DIG 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.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Codice Reg.le	Descrizione	Onerario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
	EGDS		156.00	30	SI
	COLONSCOPIA		191.00	60	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 ad 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)

NULLA DI VARIATO RISPETTO A QUANTO GIÀ CONCORDATO

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:

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

SENIGALLIA Li. 27/01/2016

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

*[Handwritten signature]*  
Gastroenterologia  
Dipartimento di Senigallia  
C.F. 1240817054100070

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)