

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 MASSIMILIANO POTENA

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato
 determinato } in regime di esclusività

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

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. _____

- 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.):

MEDICINA 1 E STANZA ESAMI AUDIOMETRICI (AUDIOESTROLOGIA)
I PIANO DELL'OSPEDALE - REPARTO ORL

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)
3142	FIBROSCOPIA ALTE VIE RESPIRATORIE (NASALE e/O OROFARINGEA)		80 EURO	30 MINUTI	NO
3541	ESAME AUDIOMETRICO TOTALE		60 EURO	30 MINUTI	NO
3542	IMPEDIMENTO METRICO				

(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
FIBROSCOPIA A.V.L. 3142							16.30	17.30				
AUDIOLOGIA e/o IMPEDIMENTO METRICO 3541 e/o 3542							17.30	18.30				

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

(descrizione) FIBROSCOPI + MONITOR
AUDIOMETRO + IMPEDIMENTO METRICO

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: FIBROSCOPIA A.V.L. Materiali utilizzati: FIBROSCOPIA (FIBRE OTICHE 0°, 30°, 70° RIGIDE E FLESSIBILI) + FARE LUMINA + MONITOR + PROGRAMMA ACQUISIZIONE VIDEO

Prestazione: ESAME AUDIOLOGICO TOTALE e/o IMPEDIMENTO METRICO Materiali utilizzati: AUDIOMETRO e/o IMPEDIMENTO METRICO

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/la 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:

massimiliano.potena@yahoo.it

.....@.....

.....@.....

SENIGALLIA

Li. 28/07/16

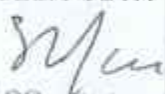
**ASUR MARCHE
AREA VASTA N.2**
Dott. MASSIMILIANO POTENA
C.F. PTN MSM 82M05L113T
U.O. OTORINOLARINGOIATRIA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

Direttore U.O.C. (per richieste di cui ai punti 1,2,4)




**ASUR MARCHE
AREA VASTA N.2
DIRIGENTE MEDICO
RESPONSABILE
UNITA' OPERATIVA ORL
NORSCHINI STEFANO**

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle UU.OO. attesta anche che le prestazioni autorizzate 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)



**REGIONE MARCHE - A.S.U.R. AV2
PRESIDIO OSPEDALIERO SENIGALLIA
DIREZIONE MEDICA
IL DIRETTORE**

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

Dr. S. SILVANA SERI