

0164775 | 26/09/2016  
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 NICOLA TARQUINIO  
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato } in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di MEDICINA OSIMO  
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.):

OSIRIO E LORETO

**PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE** (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1.3.4)

SOW  
OSIRIO  
  
SIA A  
LORETO  
CHE A  
OSIRIO

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)
17680	TEST DA SFORZO		80	20'	SI
17850	MONITORAGGIO C. PRESSI		55	20'	SI
18150	VIS. SPEC. CARDIOLOGIA		80	30'	/
18200	VIS. SPEC. MED. INTERNA		80	30'	/
18140	VIS. SPEC. DIABETOLOGIA		80	30'	/

(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: \_\_\_\_\_

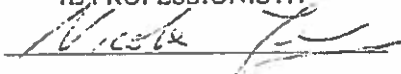
EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'ÈQUIPE:  
(qualora non definite, potranno essere indicate di volta in volta dal coordinatore in sede di liquidazione mensile)

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:

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

Os, ro \_\_\_\_\_ Li, 24/9/16

IL PROFESSIONISTA



OVVERO

I COMPONENTI L'ÈQUIPE

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

PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

RESP. FF. MEDICINA  
DR. FILIPPI GERARDO

**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)

## **Laura Santoni**

**Da:** Lorena Angelelli  
**Inviato:** lunedì 26 settembre 2016 11.07  
**A:** Laura Santoni  
**Cc:** Nicola Tarquinio  
**Oggetto:** libera professione

Ciao Laura il dr Tarquinio che legge per conoscenza,

dopo un confronto,

ha deciso di variare solo le prestazioni

17680 test da sforzo                      80 euro t.f.

17850 monitoraggio pressione        55 euro t.f.

E di non variare i costi delle visite

Cordiali saluti Lorena

=====

**Lorena Angelelli**

Coll. Amm.vo Prof.le

Direzione Medica POU

Via Leopardi 15 - 60027 Osimo (An)

tel 071/7130612