

0168126 | 30/09/2016  
 ASURAV2 | AFFGEN | P



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 VALERIA TUSSICETTI  
 dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato

in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di UO Attività Consultative  
 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 Consultor. Fam. Sen già autorizzato.
- la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (completare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

Consultorio Familiare Deiano - Istituto Nazionale  
Ambulatorio 200 - CRAS

**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)<br>€ | Tariffa finale proposta (1)<br>€ | Tempo medio di esecuzione (2) | Ausilio Personale di Supporto diretto (3) <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì |
|---------------|--|---|----------------------------------|-------------------------------|--|
| 94.03.3       | SOMMARIO RAZIONE TESTS PROIE. IN RIEP. | 90 €                                      | 90 €                             | 50 min.                       |  |
| 94.09         | CALOGGIO PSICOLOG. CLIN.               | 42 €                                      | 56 €                             | 50 min.                       |  |
| 94.03         | PSICOLOGIA INDIVIDUALE                 | 50 €                                      | 65 €                             | 50 min.                       |  |
| 94.42         | PSICOLOGIA FAMILIARE                   | 55 €                                      | 70 €                             | 1 h                           |  |
| 94.44         | PSICOTERAPIA DI GRUPPO                 | 85 a pers.                                | 34 € op                          | 1 h e 1/2                     |  |

- (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  |
|             |        |      | 18      | 19   | 17,30     | 19,30 |         |      |         |      | 9,30   | 11,30 |
|             |        |      |         |      |           |       |         |      |         |      |        |       |

**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: Sommario Test proiezioni Materiali utilizzati: Waxtepp

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 ai/ai seguenti indirizzi:  
*Valeria Tossichetti@sanita.marsala.it*  
*Tossichetti.dalvalerie@gmail.com*  
.....@.....

Successo LI, 29.09.2016

IL PROFESSIONISTA  
*Valeria Tossichetti*

OVVERO

I COMPONENTI DELL'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 delle U.O.O. 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)

**IL DIRETTORE**  
**DISTRETTO 7 - ANCONA**  
*Dot.ssa Patrizia Balzani*

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