

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
 AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA
0153483 | 08/09/2016
ASURAV2 | AFFGEN | A



Green

ARRIVO
08 SET. 2016
 A.S.U.R. MARCHE
 AREA VASTA N° 2 - JESI

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 SEBASTIAN SU' RUCHELLO
 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'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.):

OSPEDALE DI PAVIANO, 1° PIANO E/O AMBULATORIO
NEUROLOGIA

*S. Piano nell'ambulatorio compatibile con
 riparazione attività internazionale
 e flessibilità con la
 SP stessa.*

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)
17170	VISITA NEUROLOGICA		120	30'	NO
50060	VISITA DOCUMENTALE		130		NO
13180	RELAZIONE DI VISITA NEUROLOGICA		180+IVA	30'	NO

- (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
	15.00	17.30										

OGNI 30' → MASSIMO 6 PAZIENTI

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:

.....@.....

.....@.....

.....@.....

JESI' _____ Li. 11/08/2016

IL PROFESSIONISTA

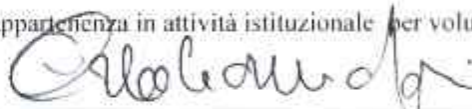

OVVERO

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 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)