

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 MANFREDI MAURIZIO
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato
 determinato
in regime di non 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 modificavamento 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.):

AMBULATORIO DI ODONTOIATRIA PRESSO IL DISTRETTO DI MONTECATINO

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)	Tempe medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (S/N/O)
	ORTODONZIA		1.800,00		
1137	TRATTAMENTO ORTODONTI. AP. FISSI		1.400 (ANNUO)		
1138	" " " "	AP. FISSI	1.560 (ANNUO)		

(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 rilevato 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)

un lunedì al mese

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
	14 ⁰⁰	18 ⁰⁰										
	(cadenza mensile)											

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1.4)

(descrizione) RIUNITO ODONTOIATRICO

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: TRATTAMENTO ODONTOIATRICO

Materiali utilizzati: Kit white

STERILIZZAZIONE FINALE

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 richiedente con la sottoscrizione prenderà 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 indirizzo:

~~dentista~~
dentistamanfiesca@gmail.com

Jeri 4.05/07/16

IL PROFESSIONISTA
Manfredi

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

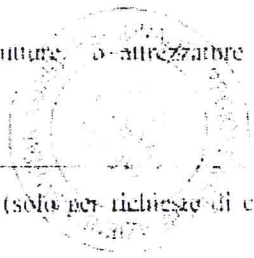
PARERI FAVOREVOLI E NULLA OSTA

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

(Con la sottoscrizione per parere favorevole il Direttore delle U.O.C. attesta anche che le medesime prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale (per volume non inferiori a quelli erogati in attività libero professionale).

Direttore di Dipartimento (solo in caso di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza dipartimentale)

Federico



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 1,1)