



Regione Marche  
**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
AOO: Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA

0169069 | 03/10/2016  
ASURAV2 | AFFGEN | A

*Al Resp. U.O. Libera Professione e Recupero Crediti  
Prestazioni Sanitarie*

*Dott.ssa A. Giretti*

Fabriano, 23/09/2016

Oggetto: richiesta attivazione ambulatorio libera professione intra-moenia presso Ospedale Sassoferatto (AN)

Il sottoscritto dr. Raul Radicchi, dirigente medico presso U.O.C. Ortopedia di Fabriano (direttore L. Salari), chiede l'autorizzazione ad esercitare un ambulatorio libero professionale in regime intra-moenia presso l'Ospedale di Sassoferatto (AN) secondo le modalità indicate nella modulistica allegata.

Si specifica che svolgo già un ambulatorio intramoenia presso l'Ospedale di Fabriano come da precedente autorizzazione.

In attesa di riscontro porgo cordiali saluti

Dr Raul Radicchi

ASUR Marche - Area Vasta n. 2  
Ospedale di Fabriano  
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
Dr. RAUL RADICCHI  
C.F. RDC RAU879170745J  
Specialista

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~~ RAUL RADICCHI  
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato  
 determinato

in regime di esclusività

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

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. \_\_\_\_\_

1.  l'apertura di un nuovo ambulatorio.

2.  la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ già autorizzato.

3.  la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate

4.  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 SASSOFERRATO  
PIANO TERRA AMBULATORIO POLISPECIALISTICO

**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)
	PRIMA VISITA ORTOPEDICA		90€	20'	NO
	VISITA DI CONTROLLO	✓	50€	20'	NO
	INFILTRAZIONE				
	ENDOPROTEGGE		50€	10'	NO
	PERIZIA MEDIO LEGALE		180€	—	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)

N.B. = IL 1° e il 3° VENERDI' DEL MESE

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
									16.00	18.00		

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

(descrizione) COMPUTER, LETTINO, PEDANA PODOSCOPIA,  
STAMPANTE, MATERIALE CARTACEO

**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: INFILTRAZIONI Materiali utilizzati: GARZE, CEROTTI  
DISINFETTANTE, FERRI CHIRURGICI, FARMACI (CORTISONICI, ANESTETICI)

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:

raul.radicchi.....@sanita.marche.it  
raul.radicchi.....@virgilio.it  
.....@.....

Tel. 333 5242672

FABRIANO Li. 23/09/16

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

ASUR AREA VASTA n. 2 FABRIANO  
U.O.C. ORTESIA e TRANSCOLLE  
Dr. RAUL RADICCHI  
C.F. RDC RLA G2P27 D745J  
Specialista in Ortesia e Transcolle

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

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 volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

ASUR AREA VASTA n. 2 FABRIANO  
U.O.C. ORTESIA e TRANSCOLLE  
Direttore U.O.C. RAUL RADICCHI

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

ASUR AREA VASTA n. 2 FABRIANO  
U.O.C. ORTESIA e TRANSCOLLE  
Direttore U.O.C. RAUL RADICCHI

**Direzione Medica di Presidio/ovvero Direzione di Distretto** (solo per richieste di cui ai punti 1,2,4)

*[Signature]*

ASUR MARCHE - Area Vasta n. 2  
Distretto Sanitario di Fabriano  
Via Broletto 107 - 60044 Fabriano  
Il Direttore Dr.ssa Giuseppina Masoli  
Tel. 0732 707733

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