

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

POLIAMBULATORIO DISTRETUALE c/o STUDIO

DR GIOVANNI LOHARDI (DERMATOLOGO) II° PIANO

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Rep.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta(1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (S/NO)
	VISITA NEUROLOGICA	120,00		30 MIN	NO
	(ESENTI IVA ART				
	10 DPR 633/1872)				

(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 ad 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	17,00		

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:

mauro.cappelloni@asurte.marche.it

.....@.....

.....@.....

FABRIANO LI. 03.05.2016

IL PROFESSIONISTA

OVVERO

I COMPONENTI L'EQUIPE

Mauro Cappelloni
A.S.U.R. AREA VASTA N. 2
Distretto Sanitario di Fabriano
Dr. Mauro Cappelloni - Specialista Neurologo
C.F. CPP MRA 92221045 IT
Tel. 0732 707733

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).

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)

ASUR MARCHE - Area Vasta n. 2
Distretto Sanitario di Fabriano

Distretto Sanitario di Fabriano
Tel. 107 60044 Fabriano

Il Direttore Dr. Asa Causa
Tel. 0732 707733

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



DR MARIO CIAPPELLONI
SPECIALISTA IN NEUROLOGIA
A.S.U.R. - A.V. 2 - Z.T. 6 FABRIANO
CENTRO ALZHEIMER - UMEA
0732 707717

AL RESPONSABILE DEL
DISTRETTO SANITARIO
MASOTTI D.S.S.A GIUSEPPINA
A.V. 2 - Z.T. 6 FABRIANO

Il sottoscritto Ciappelloni Mario, neurologo, convenzionato per la Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, in servizio presso il Centro Alzheimer, Poliambulatorio Distrettuale, UMEA, chiede l'autonizzazione per poter iniziare attività ambulatoriale intramoenia che sarà effettuata presso il Poliambulatorio Distrettuale, studio dermatologico del Dr Giovanni Lombardi.

Le visite saranno effettuate nelle giornate del venerdì, prima visita ore 15,00, una visita ogni mezz'ora fino alle ore 17, ora di inizio dell'ultima visita.

Fabriano 03.05.2016

Dr Mario Ciappelloni

A.S.U.R. AREA VASTA N. 2
Distretto Sanitario di Fabriano
Dr. Mario Ciappelloni, P.O. Via Bolognese
C.F. 02175860424

ASUR MARCHE - Area Vasta n. 2
Distretto Sanitario di Fabriano
Via Bolognese, 107 - 60044 Fabriano
Il Direttore D.S.S.A Giuseppina Masotti
Tel. 0732 707733

Azienda Sanitaria Unica Regionale
Sede Legale: Via Caduti del Lavoro, 40 - 60131 Ancona
C.F. e P.IVA 02175860424
Area Vasta n. 2

Sede Amministrativa: Via F. Turati, 51 - 60044 Fabriano (AN) - Tel. 0732 7071 - Fax 0732 834117