

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

0017497 | 29/01/2016
ASURAV2 | AFFGEN | A



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 STEFANIA MAIONI
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 - determinato
- in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di GASTROENTEROLOGIA
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 END. DIGESTIVA 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 (completare per le richieste di cui al punto n. 1).

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

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

| Codice Reg.le | Descrizione | Onerario Professionale richiesto(1) | Tariffa finale proposta (1) | Tempo medio di esecuzione (2) | Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO) |
|---------------|-------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| | EGDS | | 156.00 | 30 | SI |
| | COLONSCOPIA | | 191.00 | 60 | SI |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- (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)

NULLA DI VARIATO RISPETTO A QUANTO GIÀ CONCORDATO

| Prestazioni | Lunedì | | Martedì | | Mercoledì | | Giovedì | | Venerdì | | Sabato | |
|-------------|--------|------|---------|------|-----------|------|---------|------|---------|------|--------|------|
| | dalle | alle | dalle | alle | dalle | alle | dalle | alle | dalle | alle | dalle | alle |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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:
.....@.....
.....@.....
.....@.....

SENIGALLIA LI. 27/1/2016

IL PROFESSIONISTA
[Signature]
AREA VAS 2 - SENIGALLIA
Dr.ssa STEFANIA MALTONI
GASTROENTEROLOGIA
C.F.: MLT SFN 74E61 D704 W

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)