Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA
0213718 | 19/12/2016
| ASURAV2 | AFFGEN | A

asur marche azienda sanitaria unica regionale area vasta n. 2

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 FIORINI FRANCESCA

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

☒ *indeterminato* ┐
└ *in regime di esclusività*
☐ *determinato* ┘

in servizio presso la U.O. (Struttura – Reparto) di HOSPICE - CONSULTORIO LORETO

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'Èquipe dr. _____

1. ☐ l'apertura di un nuovo ambulatorio.
2. ☒ la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di CONSULTORIO FAMILIARE 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.): CONSULTORIO FAMILIARE LORETO - PRESSO OSPEDALE DI LORETO

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)
	SOMMINISTRAZIONE TESTS PROIETTIVI e P.	70 €		50 min	NO
	COLLOQUIO PSICOL. CLINICO	42 €		50 min	
	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	50 €		50 min	
	PSICOTERAPIA FAMILIARE/DI COPPIA	55 €		1 h.	
	PSICOTERAPIA GRUPPO	30 €		1h e ½	

(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
					14.45	19.15			14.45	19.15		

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: Somministraz. Tesi, proiettivi e di personalità Materiali utilizzati: M.M.P.I 2.

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

Prestazione: _____ Materiali utilizzati: _____

_____

EVENTUALI MODALITA' DI RIPARTIZIONE DEI COMPENSI ALL'INTERNO DELL'ÈQUIPE: (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:

francesca.fiorini@sanita.marche.it

.....@.....

.....@.....

_____ Lì, _____

IL PROFESSIONISTA	OVVERO	I COMPONENTI L'EQUIPE
Francesca Fiorini		_____
		_____
		_____
		_____
		_____

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)

DISTRETTO N. 7 - ANCONA
SEDE OPERATIVA OSIMO
DIRIGENTE MEDICO S.C.
Dott. Enrico Boaro

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)

_____