

0054869 | 05/04/2018  
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 NOVELLI STIONJ  
dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

indeterminato

in regime di esclusività

determinato

in servizio presso la U.O. (Struttura - Reparto) di CSTI ANCONA NORD PALLONARDA

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 modifica/aumento 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.):

FALCOURA P.P.A VIA CORRADONI, 13

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)
	VISITA PSICHIATRICA		100 E	45'	
	CERTIFICA ZIONE PSICHIATRICA SEMPLICE		100 E	45'	
	COLLOQUI PSICOTERAPICI		80 E	45'	
	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		80 E	45'	
	CERTIFICA ZIONE PSICH. COMPLESSA		150 E	45'	
	VISITA DOMICILIARE		150 E	45'	

- (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
	7:45	8:30	7:45	8:30	7:45	8:30	7:45	8:30	7:45	8:30	7:45	8:30

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:

Simone Novelli .....@ Yahoo.com  
Simone Novelli .....@ Scrite.merche.it  
.....@.....

Li, \_\_\_\_\_

IL PROFESSIONISTA  
Simone Novelli

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 prestazioni sono rese erogate dalla U.O.C. di appartenenza in attività istituzionale o per volumi non inferiori a quelli programmati in attività libero professionale).

ASUR MARCHE - AREA VASTA N° 2  
Dipartimento di Salute Mentale  
CSM NORD  
Dott. Franco Dolcini  
Cod. Fisc. NNI PMR 64P11 F205S

Franco Dolcini

**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  
IL DIRETTORE F.F.  
DISTRETTO N. 7 - ANCONA  
Dott. Franco Dolcini

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

Franco Dolcini