Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
AOO:Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONA
0008010 | 16/01/2018
| ASURAV2 | AFFGEN | A

asur marche 2 area vasta n.

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~~ GIUSEPPE LEMME

dipendente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

☑ *indeterminato*
☐ *determinato*
} *in regime di esclusività*

in servizio presso la U.O. (Struttura – Reparto) di DERMATOLOGIA

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 _____ 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.): ALL'INTERNO DELLA U.O.C. DI DERMATOLOGIA

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 SPECIALISTICA (I^a)	€ 100		15'	
	VISITA SUCCESSIVA	€ 90		15'	
	EPILUMINESCENZA	€ 43		10'	
	DATTEROSCOPIA	€ 43		15'	

(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
			15,30	18,00			15,30	18,00				

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'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:

……@……

……@……

……@……

Jesi Lì, 15-01-2018

IL PROFESSIONISTA 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)

_____