

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

**Per attivare una nuova agenda o nuova prestazione/modificare tariffa già autorizzata**

Da inoltrare alla DMP dopo averlo protocollato

Il sottoscritto, dirigente medico/sanitario con rapporto di lavoro esclusivo,

Cognome Nome	Matricola
In servizio presso UO	Centro di Costo
E-mail di riferimento	Luogo di erogazione (ingresso e ambulatorio)

- Chiede alla Direzione Aziendale di potere utilizzare spazi ed attrezzature aziendali per la propria attività LPI presso la sede dell'ASST Papa Giovanni XXIII

- Individua le seguenti prestazioni ambulatoriali ed i corrispondenti importi:

Codice	Descrizione	Tariffa finale Utente * <i>a cui si aggiungono €2 per bollo su importi &gt;77.47</i>	Personale di supporto specifico <small>(indicare la qualifica)</small>	Apparecchiatura di media alta tecnologia richiesta	TARIFFA <small>(a cura dell'Azienda)</small>

\*: Se viene indicata la tariffa per l'utente finale, l'ufficio incaricato provvederà al calcolo dell'Onorario professionale personale in busta paga. Per la composizione della tariffa da esporre all'utente all'onorario personale richiesto dal professionista verranno aggiunti: [1] importi relativi ai costi aziendali [2] onere per compenso dell'eventuale personale di supporto specifico richiesto, [3] onere IRAP a carico della ASST (8,5%). La somma di detti importi costituisce la tariffa da esporre all'utente. Dall'onorario professionale verranno trattenuti importi pari al 5% per Fondo perequazione dirigenza sanitaria (prevista dal CCNL) e 5% di ritenuta incrementale prevista dalla legge Balduzzi.

- Richiede

Step temporale	uno slot ogni (solo multipli di 5 minuti) _____ minuti
----------------	--

Giorno	SPAZI RICHIESTI		SPAZI ASSEGNATI (a cura della DM)	
	Numero appuntamenti	Dalle ore	Numero appuntamenti	Dalle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

Vincoli	<input type="checkbox"/> da 0 a 100 anni	<input type="checkbox"/> da ____ a ____ anni	<input type="checkbox"/> Femmina	<input type="checkbox"/> Maschio
---------	--	--	----------------------------------	----------------------------------

Quesiti diagnostici	<input type="checkbox"/> Generico	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):
---------------------	-----------------------------------	---

Note	Preparazione <small>(Specificare prestazione e nota)</small>	
	Prenotazione <small>(Specificare)</small>	

- Dichiaro:

- di avvalersi, per la prenotazione delle prestazioni, esclusivamente degli strumenti e dell'organizzazione messi a disposizione dall'ASST, in ottemperanza alla normativa vigente (l. 3 agosto 2007, n. 120) e alle direttorie regionali in merito;
- di aver preso visione del regolamento che disciplina l'esercizio della LPI di impegnarsi a rispettarlo.

Data

Timbro e firma

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Istruttoria a cura della DM</b>	
Note	Il Direttore Medico  Firma _____ Data _____