

ALLEGATO B1	Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale Da utilizzare per attività in regime di ricovero	(da inoltrare alla DMP dopo averlo protocollato)
--------------------	--	---

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

Cognome Nome	Matricola	In servizio presso USC/USSD/USS	Recapito email a cui inviare comunicazioni
--------------	-----------	---------------------------------	--

- chiede alla Direzione Aziendale autorizzazione a svolgere le seguenti attività in regime di **Libera professione (LPs) intramuraria** nella disciplina di appartenenza per utenti in **RICOVERO**
- individua le seguenti prestazioni e importi di "onorario professionale" personale e d'équipe

1. RICOVERO PARZIALE CARICO SSN (indicare il compenso richiesto come primo operatore ed i tempi di attività previsti per le altre diverse figure professionali che partecipano direttamente all'attività raggruppando gli interventi per macrocategorie di complessità)

Categoria Complessità	Compenso LP primo operatore (euro)	Tempo 2/3 chirurgo m'	Tempo anestesista m'	Tempo strum Inf SO m'	Tempo Altro op. m'	Tempo Altro op. m'	Tempo pers Coord m'	Giornate Ricovero previste
A								
B								
C								

2. RICOVERO TOTALE carico PAZIENTE (indicare i compensi assegnati ai vari professionisti coinvolti)

Categoria	Diaria Ricovero LP 1 operatore euro	Compenso primo operatore S.O. euro	Compenso 2 OP euro	Compenso 3 OP euro	Compenso Anestesia a euro	1° Strum. Inf. SO euro	2° Strum. Inf. SO euro	Altro euro	
A									
B									
C									

ELENCO ATTIVITA' E INTERVENTI PREVISTI

Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3^operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2^operat.	Inf. Ferrista 2		
		Altro:			
		Sala operat.	Med. 3^operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2^operat.	Inf. Ferrista 2		
		Altro:			
		Sala operat.	Med. 3^operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2^operat.	Inf. Ferrista 2		
		Altro:			
		Sala operat.	Med. 3^operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2^operat.	Inf. Ferrista 2		
		Altro:			

Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					
Cod. DRG	Descrizione interventi chirurgici per i quali si richiede autorizzazione	RISORSE DA PREDISPORRE Indicare con X le caselle di interesse			COM PLES SITA'
		Sala operat.	Med. 3 ^o operat		
		Med. Anestesista	Inf. Ferrista 1		
		Med. 2 ^o operat.	Inf. Ferrista 2		
Altro:					

Dichiara - di impegnarsi a predisporre documento di programmazione dei singoli interventi;
- di aver preso visione del regolamento che disciplina l'esercizio della LPI e di impegnarsi a rispettarlo.

Data

Timbro e firma

Istruttoria a cura della DPS	
Validazione coerenza	
Il coordinatore	
Firma	data

Istruttoria a cura della DMP / Validazione coerenza risorse operatorie					
Parere del Direttore struttura competente: dott.		Parere del Dir. settore anestesiologicalo coinvolto: dott.		Il Direttore Medico del Presidio	
<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> CONTRARIO		<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> CONTRARIO		<input type="checkbox"/> SI PROPONE AUTORIZZAZIONE <input type="checkbox"/> SI RINVIA AL COLLEGIO di DIREZIONE	
Firma	data	Firma	data	Firma	data

In caso di parere contrario o rinvio al Collegio di Direzione allegare motivazione sottoscritta del titolare del parere