



## REGIONE PUGLIA

### Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Taranto

**MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA PER L'EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI (PER LA DIRIGENZA MEDICA, VETERINARIA, SANITARIA A RAPPORTO ESCLUSIVO E SPECIALISTI AMBULATORIALI)**

AL DIRETTORE GENERALE dell'A.S.L. TA  
e, p.c. ALL'UFFICIO AZIENDALE A.L.P.I.

#### S E D E

(Dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, Dirigente Medico/Veterinario/Sanitario/Medico specialista ambulatoriale interno convenzionato, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato, **A RAPPORTO ESCLUSIVO** con questa Azienda, inquadrato nella disciplina di \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo e-mail aziendale o personale \_\_\_\_\_

#### **C H I E D E**

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria ambulatoriale nella disciplina di appartenenza, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di assegnazione, e **al di fuori dell'orario di servizio ordinario, nel rispetto dell'equilibrio fra le attività istituzionali e quelle rese in A.L.P.I.:**

negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione in particolare presso \_\_\_\_\_

qualora i locali aziendali non fossero idonei, di svolgere presso studi privati

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del Regolamento aziendale (delibera n. 2959/2019) che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e di accettarne integralmente i contenuti.

A tal fine allega la richiesta di attività prestazionale in Alpi debitamente compilata.

| Descrizione prestazione | Codice da catalogo Regionale | Durata Prestazione | n. prestazioni per seduta | Onorario del professionista | Tariffa per l'utenza a cura dell'Azienda |
|-------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|--|
|                         |                              |                    |                           |                             |  |
|                         |                              |                    |                           |                             |  |
|                         |                              |                    |                           |                             |  |
|                         |                              |                    |                           |                             |  |
|                         |                              |                    |                           |                             |  |



Si obbliga, altresì, ad uniformarsi alle modalità previste da codesta Azienda per la riscossione degli introiti derivanti dall'attività libero professionale intramuraria.

**ALPI PURA (negli spazi aziendali)**

Il Direttore della Macrostruttura di appartenenza, sentito il Dirigente Responsabile della U.O., presa visione della presente istanza del Dott. \_\_\_\_\_, esprime parere favorevole allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria ambulatoriale negli spazi aziendali individuati presso \_\_\_\_\_, nelle seguenti giornate \_\_\_\_\_ e fasce orarie \_\_\_\_\_, come concordato con il richiedente.

Data.....

Il Direttore della Macrostruttura

.....  
[timbro e firma]

**ALPI C.D. "ALLARGATA"**

Il sottoscritto dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, in alternativa all'Alpi entro le strutture aziendali, chiede di poter svolgere attività libero professionale c.d. "allargata" presso studio privato, precisamente in \_\_\_\_\_ via o altro \_\_\_\_\_, avente i requisiti di legge per l'esercizio dell'attività sanitaria per cui si richiede autorizzazione.

Dott./dott.ssa \_\_\_\_\_