



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Data: 14/05/2020

All'attenzione del Direttore Generale

Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali.

Il sottoscritto dott: SCAPATO PAOLO Codice Fiscale: _____
 Unità Operativa: UOSD Reumatologia
 Qualifica: Direttore UOC area MV
 Incarico: _____
 Disciplina: Reumatologia
 Rapporto di lavoro: _____

Chiede:

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza, al di fuori dell'orario di lavoro e compatibilmente alle esigenze di servizio:

- nei giorni e negli orari di seguito indicati;
- negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione (spazio proposto: ASL RIETI, MEDICINA, P.O. RIETI - Poliambulatori P.Terra STANZA POLI 13);

Giorno indicato	Mattina		Pomeriggio	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Martedì			14:30:	17:30:

Chiede inoltre a codesta Amministrazione di potergli mettere a disposizione:

- N° personale di supporto: 5

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni alle tariffe indicate praticate all'utenza e con i compensi indicati dal professionista.

Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono rese durante l'orario di lavoro istituzionale.

	Prestazione	Minuti	Compenso €	Tariffa €	Quantità stimata
• 89.7_53	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	30	60,00	90,00	200
• 89.01_59	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO	20	45,00	70,00	200
• 81.92_0	36 INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	15	35,00	56,00	20
• 89.7_24	99 PRIMA VISITA INTERNISTICA	30	60,00	90,00	20
• 89.01_25	99 VISITA INTERNISTICA DI CONTROLLO	3	45,00	70,00	20
• LAP1.19	CERTIFICAZIONE	45	100,00	130,00	10
• LAP1.205	Visita Domiciliare	60	99,00	130,00	10

La tariffa della prestazione a carico del cliente pagante è determinata secondo i criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramuraria. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento (e relativi allegati) che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e le incompatibilità, approvato dal Direttore Generale con atto n. ___ del ___/___/___, con particolare riferimento agli articoli 6 (Rapporto quantitativo tra libera professione intra-muraria ed attività istituzionale) e 15 (Tariffe e relative ripartizioni)

Con osservanza

Firma:

Firma Direttore U.O.:



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Data: 15/02/2021

All'attenzione del Direttore Generale

Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali.

Il sottoscritto dott: SCAPATO PAOLO Codice Fiscale: _____
 Unità Operativa: UOSD Reumatologia
 Qualifica: Responsabile UOS area MV
 Incarico: _____
 Disciplina: Reumatologia
 Rapporto di lavoro: _____

Chiede:

di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale, compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza, al di fuori dell'orario di lavoro e compatibilmente alle esigenze di servizio:

- nei giorni e negli orari di seguito indicati;
- negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione (spazio proposto: ASL RIETI, UROLOGIA, ANTRODOCO - STANZA VEL 2);

Giorno indicato	Mattina		Pomeriggio	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì			14:00:	14:30:

Chiede inoltre a codesta Amministrazione di potergli mettere a disposizione:

- N° personale di supporto: 2

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni alle tariffe indicate praticate all'utenza e con i compensi indicati dal professionista.

Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono rese durante l'orario di lavoro istituzionale.

	Prestazione	Minuti	Compenso €	Tariffa €	Quantità stimata
• 89.01_59	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO	0	45,00	70,00	0
• 89.7_53	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	0	60,00	90,00	0

La tariffa della prestazione a carico del cliente pagante è determinata secondo i criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento (e relativi allegati), che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e le incompatibilità, approvato dal Direttore Generale con atto n.1122 del 20/12/2019 con particolare riferimento all'art. 21 (Tariffe e relative ripartizioni).

Con osservanza

Firma: _____

Firma Direttore U.O.: _____