

AL DIRETTORE GENERALE
Azienda USL Frosinone

Oggetto: Richiesta di espletamento dell'Attività Libero Professionale Intramoenia

Il Sottoscritto Dr./Prof. _____

nr. cellulare _____ e-mail _____@aslfrosinone.it

Dirigente Sanitario della Disciplina di _____

In servizio presso _____

Dichiara di conoscere la Normativa vigente ed il regolamento Aziendale A.L.P.I.

Dichiara, altresì, di essere a rapporto ESCLUSIVO con la ASL di Frosinone e di non avere Partita I.V.A.

Chiede di poter esercitare l'Attività Libero Professionale Intramoenia nella Disciplina di

individualmente o in équipe con l'individuazione dei seguenti Profili Professionali:

Firma

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(COMPILARE TUTTE LE VOCI RIPORTATE IN TABELLA)

[illegible]

Tale Attività sarà svolta, al di fuori dell'orario di servizio, nei giorni di:

	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
Dalle ore						
Alle ore						

○ **AMBULATORIO PUBBLICO**

○ **STUDIO PRIVATO**

Dichiara che lo Studio è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalle Leggi vigenti:

➤ Autorizzazione ai sensi del DGR 447/2015

come da documentazione inizio lavori presentata in data ____/____/____

** È fatto obbligo di comunicare eventuali variazioni dei requisiti igienico-sanitari.*

Sede _____ Indirizzo _____

Dichiara, inoltre, che lo Studio Privato non è convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e non è inserito in struttura convenzionata neppure parzialmente.

Dichiara, in caso di utilizzo delle apparecchiature di Radiologia, di essere in possesso dell'autorizzazione rilasciata da parte delle Autorità competenti.

○ **POLIAMBULATORIO/CASA DI CURA**

Dichiara che lo Studio è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalle Leggi vigenti:

➤ Autorizzazione ai sensi della L.R. 04/2003

allegando copia della Determina Regione Lazio n° _____ del ____/____/____

** È fatto obbligo di comunicare eventuali variazioni dei requisiti igienico-sanitari.*

❖ **Casa di Cura** _____

Sita in _____ Via _____

Protocollo d'Intesa n° _____ del _____

❖ **Poliambulatorio** _____

Sito in _____ Via _____

Protocollo d'Intesa n° _____ del _____

Dichiara inoltre che le apparecchiature utilizzate presso Studio privato/Poliambulatorio/Casa di Cura, conformi alle Norme di Sicurezza, sono le seguenti:

Per l'espletamento dell'Attività presso Ambulatorio Pubblico dovrà disporre delle seguenti attrezzature:

e di n° _____ Unità di Supporto dei seguenti Profili Professionali:

Si dichiara che, in osservanza delle disposizioni contenute nel Decreto del Commissario ad Acta del 04.07.2012 n. U00114, pubblicato sul BURL n. 36 del 09.08.2012, e di quanto previsto nel vigente Regolamento A.L.P.I. Aziendale, la libera professione intramuraria non verrà esercitata in occasione:

- dei normali turni di servizio e in occasione di espletamento di turni di guardia o pronta disponibilità.
- di assenze dal servizio effettuabili a titolo di: malattia, ferie, sciopero, astensioni obbligatorie dal servizio, assenze retribuite (che interessano l'intero arco della giornata), congedo collegato ai rischi professionali, aspettative non retribuite, fruizione Legge 104/1992.
- di sospensioni dal servizio per: provvedimenti cautelari, sanzioni disciplinari.

Si dichiara consapevole che, qualora l'attività libero professionale risulti prestata in una delle condizioni ostative elencate, il relativo compenso sarà trattenuto dall'Azienda, che valuterà altresì l'adozione degli opportuni, ulteriori provvedimenti.

○ **ALPI INTERNA**

Il Professionista e tutto il Personale di Supporto Diretto ed Indiretto si impegnano ad utilizzare il tasto "8" degli orologi marcatempo, per fornire, attraverso il riscontro dell'avvenuta erogazione con il Sistema ReCUP, la necessaria tracciabilità dell'attività svolta.

Il Professionista si impegna inoltre a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio A.L.P.I. in caso di variazione in agenda degli orari e delle rispettive prestazioni.

○ **ALPI ALLARGATA**

Il Professionista si impegna a dare tempestiva comunicazione all'Ufficio A.L.P.I. in caso di variazione in agenda degli orari e delle rispettive prestazioni.

Si impegna, inoltre, secondo le disposizioni di cui al comunicato A.L.P.I. del 19.05.2011, a rispettare l'obbligo di versamento del 100% degli importi incassati per prestazioni erogate, entro il giorno 05 del mese successivo alla data di emissione delle fatture.

Il Sottoscritto si impegna al rispetto dell'Atto Aziendale in ogni suo punto.

Inoltre il Sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che:

1. Ogni variazione rispetto a quanto sopra richiesto dovrà pervenire alla Azienda per la relativa organizzazione;
2. Di essere consapevole che in caso di dichiarazioni false o mendaci incorrerà nelle sanzioni di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni.

(Si allega Curriculum Vitae)

Il Dirigente Richiedente

PARERE DEL DIRIGENTE DI STRUTTURA

**VISTO DEL RESPONSABILE
U.O.S. SVILUPPO RISORSE UMANE**

IL DIRETTORE GENERALE
