

Data: 11/10/2021

All'attenzione del Direttore Generale

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

Il sottoscritto dott:	593709	PORCHEDDU MARGHERITA	Codice Fiscale:	
Unità Operativa:	DM	DIPARTIMENTO DELLA SALUTE MENTALE		
Qualifica:	QUA001	DIRIGENTE MEDICO		
Incarico:	INC05	INCARICO GENERICO		
Disciplina:	D10	Psichiatria		
Rapporto di lavoro:	XX	Rapporto di Lavoro Esclusivo		

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S18901 94.19.1	VISITA PSICHIATRICA	60	0	73,00	104,00	<input type="checkbox"/>	50
S40005 94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	50	0	52,80	77,00	<input type="checkbox"/>	150

Numero prestazioni: 2

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°578 del 28/06/2019.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	LUN	MER
[PTSS01] P.O. SS. ANNUNZIATA, --	15:00		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:00		
	17:30		
	18:00		
	18:30		
	19:00		
19:30			



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Sassari

ATS SARDEGNA - ASSL SASSARI
DOMANDA DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMURARIA

PTSS01 P.O. SS. ANNUNZIATA, --, Ambulatorio piano terra,

Con osservanza

Il Professionista

F. To

Il sottoscritto Direttore della S.C. _____ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. _____ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. _____

F. To