

ALLEGATO N. 2/a - DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ATTIVITA'
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA PRESTAZIONI
AMBULATORIALI.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE

PG/2018/343457 del 29/10/2018 ore 10,04

Mittente: ARIU FRANCESCA

Assegnatario: ASSL Lanusei DIREZIONE ASSL

Classifica: 2 Fascicolo: 1400 del 2018



All'Ufficio Trattamento Giuridico ed economico ATS
Sardegna

All'Ufficio Personale, al responsabile dell'Area

e p.c. alla Direzione Generale

Presidio Ospedaliero "Nostra Signora della Mercede"

ASSL Lanusei

Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per
l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali. DAL 1/01/2019.

Il sottoscritto dott. SSA ARIU FRANCESCA disciplina

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

In servizio presso l'unità operativa
della unità

operativa

Con la posizione funzionale di dirigente

MEDICO

titolare di incarico di

SPECIALISTA GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato/~~determinato~~

CODICE FISCALE: RAI FNC 78 D 44 B 354 R

Chiede

Di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale,
compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza ed al di fuori del
normale orario di lavoro:

- negli spazi a tal fine individuati da codesta Amministrazione;
- nei giorni e negli orari di seguito indicati:

Giorno	dalle ore	alle ore
Lunedì	15:00/19:00	
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì	15:00/19:00	
Venerdì		
Sabato	9:00/11:00	

con l'utilizzo dei seguenti strumenti di proprietà di codesta Amministrazione

e con il supporto del seguente personale :

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni, con il compenso professionale accanto a ciascuna proposto:

- prestazione VISITA GINECOLOGICA onorario € 75,00 quantità stimata 120
- prestazione VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO OSTETRICA, onorario € 65,00 quantità stimata 110
- prestazione ECOGRAFIA GINECOLOGICA onorario € 75,00 quantità stimata 120
- prestazione ECOGRAFIA OSTETRICA onorario € 75,00 quantità stimata 120
- prestazione _____, onorario € _____ quantità stimata _____
- prestazione _____, onorario € _____ quantità stimata _____

La tariffa della prestazione a carico del cliente pagante sarà determinata dalla direzione aziendale 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. ____ 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


