

Data: 08/10/2021

All'attenzione del Direttore Generale

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

| | | | | |
|-----------------------|--------|-----------------------------------|-----------------|--|
| Il sottoscritto dott: | 102926 | GANAU FRANCESCO | 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 |
|-----------------------|----------------------------------|--------|-----------------------|----------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| LP00038 | LP - RELAZIONE MEDICO LEGALE | 60 | 0 | 88,50 | 150,00 | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 |
| LP00970 | LP - RELAZIONE SEMPLICE | 60 | 0 | 55,00 | 100,00 | <input checked="" type="checkbox"/> | 50 |
| LP33195 | LP - RELAZIONE MEDICO LEGALE 1 | 10 | 0 | 636,00 | 976,00 | <input checked="" type="checkbox"/> | 50 |
| S18901 94.19.1 | VISITA PSICHIATRICA | 60 | 0 | 70,00 | 100,00 | <input type="checkbox"/> | 50 |
| S40005 94.12.1 | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO | 30 | 0 | 51,50 | 75,00 | <input type="checkbox"/> | 150 |

Numero prestazioni: 5

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 |
|-------------------------|-------|-----|-----|
| [PR20] Palazzo Rosa, -- | 14:30 | | |
| | 15:00 | | |
| | 15:30 | | |
| | 16:00 | | |
| | 16:30 | | |
| | 17:00 | | |
| | 17:30 | | |
| | 18:00 | | |
| | 18:30 | | |
| | 19:00 | | |
| | 19:30 | | |



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASL Sassari

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

PR20 Palazzo Rosa, --, AMBULATORIO 20,

Con osservanza

Il Professionista

F. Fo

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. Fo