



Data: 03/02/2021

Autorizzazione all'attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	<u>30176</u>	<u>MELIS GIUSEPPE</u>	Codice Fiscale:	_____
Unità Operativa:	<u>HACH03</u>	<u>U.O. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (AHO)</u>		
Qualifica:	<u>QUA001</u>	<u>DIRIGENTE MEDICO</u>		
Incarico:				
Disciplina:	<u>D7</u>	<u>Ortopedia e traumatologia</u>		
Rapporto di lavoro:	<u>XX</u>	<u>Rapporto di Lavoro Esclusivo</u>		

Che ha richiesto a questa amministrazione, di essere autorizzato, compatibilmente con le esigenze di servizio e garantendo che le prestazioni siano precedentemente rese in regime istituzionale, a svolgere le prestazioni di seguito riportate alle seguenti tariffe per l'utenza:

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00038	LP - RELAZIONE MEDICO LEGALE	60	0	221,00	350,00	<input checked="" type="checkbox"/>	10
LP00244	LP - CERTIFICATI/RELAZIONI (SENZA IVA)	30	0	150,50	200,00	<input type="checkbox"/>	15
S36015 81.92	INIEZ. DI SOST. TERAP. ARTICOLAZ O LEGAM	15	0	31,00	50,00	<input type="checkbox"/>	100
S36B01 89.01	VISITA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DI CONTROLLO	20	0	55,50	80,00	<input type="checkbox"/>	100
S36V01 89.7	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	20	0	70,00	100,00	<input type="checkbox"/>	100

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.

Autorizza il professionista a svolgere l'attività libero professionale negli spazi, nei giorni ed orari di seguito elencati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	GIO	LUN	MER
[A124] DISTRETTO DI SASSARI, Poliamb. Ex Conti - Via A. Giagu	15:00			
	16:00			
	19:00			
[A154] P.O. ALGHERO, Ospedale Marino	15:00			
	18:00			



A124 DISTRETTO DI SASSARI, Poliamb. Ex Conti - Via A. Giagu, Ortopedia,

A154 P.O. ALGHERO, Ospedale Marino, Ortopedia Ambulatorio 1,

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