



Domanda per l'esercizio di attività intramoenia in regime di costanza di ricovero

Al Direttore Sanitario dell'ASL Umbria 1

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ dipendente di questa ASL presso la struttura (U.O.) _____ in qualità di Dirigente _____ chiede di esercitare attività libero professionale in regime di costanza di ricovero, secondo le modalità previste nel vigente Regolamento aziendale sull'attività di libera professione intramuraria.

A tale scopo

dichiara

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1. _____
2. _____
3. _____

chiede

di effettuare l'attività intramoenia in ambito aziendale nelle seguenti discipline:

1. _____
2. _____
3. _____

preferibilmente nei giorni e negli orari sotto indicati:

giorno

dalle

alle

ore	min

ore	min

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare preventivamente alla Direzione di Presidio, per ciascuna prestazione, i nominativi dei singoli Operatori che costituiranno l'èquipe, attingendo alle liste preventivamente redatte dai Direttori/Responsabili delle singole UU.OO.; si impegna altresì ad informare adeguatamente gli stessi sugli obblighi previsti nel Regolamento aziendale sull'attività di libera professione intramuraria (ad esempio: rispetto della fascia oraria concordata, modalità di timbratura, criteri di ripartizione del compenso stabilito, ecc.).

Il/la sottoscritto/a, in caso di impossibilità ad effettuare la prestazione nel giorno e nell'orario sopra indicato (per indisponibilità di personale della equipe o personale di supporto ovvero indisponibilità della sala operatoria, in quanto dovrà comunque essere privilegiata l'attività istituzionale) si impegna a comunicare preventivamente alla Direzione di Presidio, per ciascuna prestazione, oltre ai nominativi dei singoli Operatori che costituiranno l'èquipe, il giorno e l'orario della prestazione.



Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di utilizzare la dotazione strumentale presente nei locali prescelti per l'espletamento dell'attività.

Si impegna infine ad utilizzare con cura la struttura e le attrezzature di proprietà dell'Azienda e di comunicare con 30 giorni di anticipo l'eventuale cessazione dell'attività con l'obbligo dell'evasione delle prestazioni già prenotate.

Comunica di volere effettuare le prestazioni sottoelencate:

Codice prestazione/DRG	LEA	NO LEA	Descrizione prestazione/DRG	Tariffa	Tempo a prestazione (in minuti)

ovvero le prestazioni/DRG in ambito: _____

Data

Firma del richiedente

.....

.....

Parere _____

Il Resp. Stabilimento Ospedaliero/Dipartimento/U.O.
