

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TERAMO

Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Il Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

Deliberazione n° 998 del 01/06/2023

**UU.OO. proponenti: PIANIFICAZIONE DINAMICHE E SVILUPPO DEL PERSONALE e
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE**

OGGETTO: DELIBERAZIONE N. 913 DEL 23.05.2023 AVENTE AD OGGETTO: "REVISIONE COMPLESSIVA DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA E DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI, APPROVATA CON DELIBERA N.1103/2013 E S.M.I. (REVISIONE 4)." RETTIFICA: SOSTITUZIONE MODULISTICA.

Il Responsabile dell'istruttoria
Alonzo Daniela

Il Responsabile del procedimento
Alonzo Daniela
firmato digitalmente

I Direttori delle UU.OO. proponenti con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

VISTO: Il Direttore del **DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO**
Dott. Di Marzio Rossella

*Il Direttore U.O. **PIANIFICAZIONE DINAMICHE
E SVILUPPO DEL PERSONALE***
Dott. Di Marzio Rossella
firmato digitalmente

*Il Direttore U.O. **AMMINISTRAZIONE DEL
PERSONALE***
Dott. Franciotti Luigi
firmato digitalmente

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Parere favorevole

Il Direttore Amministrativo

Dott. Santarelli Franco
firmato digitalmente

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

Parere favorevole

Il Direttore Sanitario

Dott. Brucchi Maurizio
firmato digitalmente

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE TERAMO
Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

OGGETTO: DELIBERAZIONE N. 913 DEL 23.05.2023 AVENTE AD OGGETTO: “REVISIONE COMPLESSIVA DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER L’ATTUAZIONE DELL’ATTIVITA’ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA E DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI, APPROVATA CON DELIBERA N.1103/2013 E S.M.I. (REVISIONE 4).” RETTIFICA: SOSTITUZIONE MODULISTICA.

IL DIRETTORE DELLA U.O.C. Pianificazione Dinamiche e Sviluppo del Personale - Dott. Rossella Di Marzio
IL DIRETTORE DELLA U.O.C. Amministrazione del Personale – Dott. Luigi Franciotti

VISTA la delibera n. 913 del 23.05.2023 con la quale è stata approvata la revisione 4 del regolamento concernente la disciplina dell’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria e degli specialisti ambulatoriali;

PRESO ATTO che al regolamento, oggetto di approvazione con la deliberazione sopra citata, veniva allegata la modulistica errata in alcune sue parti;

RITENUTO di dover provvedere alla sostituzione della modulistica allegata al regolamento approvato con Deliberazione n. 913/23 con quella allegata al presente provvedimento;

RITENUTO dover confermare i restanti contenuti della citata deliberazione n. 913 del 23.05.2023

RITENUTO di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile;

DATO ATTO che l’adozione del presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio dell’Ente;

PROPONGONO

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate

1. **DI SOSTITUIRE** la modulistica allegata al regolamento approvato con Deliberazione n. 913/23 con quella allegata al presente provvedimento.
2. **DI CONFERMARE** i restanti contenuti della citata deliberazione n. 913 del 23.05.2023.
3. **DI DARE ATTO** che l’adozione del presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del Bilancio dell’Ente.
4. **DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE TERAMO
Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto:

- che i Dirigenti proponenti il presente provvedimento, sottoscrivendolo, hanno attestato che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, è, nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;
- che sono stati acquisiti i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come riportati nel frontespizio

DELIBERA

di approvare e far propria la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Di Giosia
Firmato digitalmente

REGIONE ABRUZZO
AZIENDA SANITARIA LOCALE TERAMO
Circ.ne Ragusa 1, 64100 Teramo
C.F. 00115590671

Direttore Generale: Dott. Maurizio Di Giosia

UOC Pianificazione Dinamiche e Sviluppo del Personale
UOC Amministrazione del Personale

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub (numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub (numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub (numero)

Spesa anno _____ € _____ sottoconto _____ autorizzazione (anno/numero) sub (numero)

Fonte di finanziamento: _____

Data: _____

I Dirigenti: Dott. Rossella Di Marzio Dott. Luigi Franciotti

firmato digitalmente

U.O.C. Attività Economiche e Finanziarie

Si attesta la **REGOLARITÀ CONTABILE** della presente spesa.

Data: _____

Il Contabile

Il Dirigente: Dott. Antonella Di Silvestre

firmato digitalmente



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 1

Pag. 1 a 2

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____),
il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL, con la qualifica di _____, matricola n. _____

CHIEDE

di poter svolgere, ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, al di fuori dell'orario istituzionale, l'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE nei termini di seguito riportati:

1. DISCIPLINA:

- _____ (disciplina di appartenenza);
(l'attività LPI è prestata nella disciplina d'appartenenza – art. 4 Reg. Aziendale LPI)
- _____ (disciplina equipollente a quella d'appartenenza e possesso della specializzazione o anzianità di servizio di 5 anni nella disciplina d'appartenenza);
(il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina d'appartenenza, non può esercitare l'attività LPI nella propria disciplina, può essere autorizzato dal D.G. ad esercitare l'attività in altra disciplina equipollente, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di 5 anni nella stessa disciplina – art. 4 Reg. Aziendale LPI)

2. GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITÀ

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)
(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi – artt. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

3. PRESTAZIONI e TARIFFE

Descrizione della prestazione (come da Nomenclatore Tariffario Regionale)	Codice Ministeriale	Codice ASL	Tariffa	Ticket (in regime Istituz.)	Tempo d'esecuzione in LPI (in minuti)	Tempo d'esecuzione in Istituz. (in minuti)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

(indicare le tariffe LPI alle quali si intende offrire al cittadino le prestazioni e i relativi codici ministeriali/aziendali, nonché i ticket dovuti per analoghe prestazioni erogate in regime istituzionale ed i tempi medi d'esecuzione, tenendo presente che la tariffa dovrà essere comprensiva dell'onorario del professionista, dei costi di gestione dell'ambulatorio, delle quote di competenza dell'Azienda, ecc. - per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)
(le tariffe devono essere di importi superiori di almeno il 25% per le prestazioni ad alto e altissimo costo e almeno del 30% per le prestazioni ambulatoriali a medio/basso costo rispetto a quelli previsti a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni – art. 13 Reg. Aziendale LPI)

4. PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO

Profilo professionale _____

(indicare il profilo professionale del personale non dirigente del ruolo sanitario o tecnico che partecipa all'esecuzione delle prestazioni)
(non è consentito l'esercizio della LPI individuale senza l'ausilio del personale di supporto – art. 8 Reg. Aziendale LPI)



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 1

Pag. 2 a 2

Rev. Anno 2023

5. ATTREZZATURE

(indicare la strumentazione e le apparecchiature che si intende utilizzare nell'esercizio dell'attività LPI)

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI.

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che:

1. l'attività LPI non può essere svolta in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali, compresa l'effettuazione di turni di Pronta Disponibilità o di Guardia;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. l'attività LPI deve avvenire sulla base di liste di attesa separate e nel rispetto degli orari e delle tariffe autorizzati, al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 3)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo;
3. la prenotazione delle prestazioni erogate nell'esercizio dell'attività LPI e la riscossione dei proventi sono effettuate esclusivamente secondo le modalità riportate nell'apposito Protocollo operativo;
4. nell'esercizio dell'attività LPI è fatto divieto di utilizzare il ricettario del SSN;
5. l'esercizio dell'attività LPI non può comportare globalmente – per l'unità operativa di appartenenza - un volume superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali né in termini di numero di prestazioni né di orari dedicati;
6. l'attività LPI deve avvenire negli spazi e nelle strutture autorizzati e assicurando l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto e la piena funzionalità dei servizi;
7. è tenuto/a a contribuire a mantenere un adeguato rapporto fra i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in attività LPI e quelli relativi alle medesime prestazioni in regime istituzionale ordinario;
8. ogni variazione rispetto a quanto sopra richiesto e dettagliato in apposito Protocollo operativo deve pervenire all'Azienda per la relativa autorizzazione con cadenza semestrale;
9. le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda;
10. qualsiasi violazione dei contenuti della presente richiesta e del Protocollo operativo, in caso di autorizzazione, comporta la possibilità di essere oggetto delle sanzioni previste dalla normativa e dal Regolamento Aziendale LPI vigenti.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza del/la dirigente richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

(dichiarazione da effettuare solo in caso di richiesta di modifica di giorni, orari e sedi di attività)

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O.

_____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI del/la dirigente medico richiedente.

((luogo)

(data)

(timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



RICHIESTA DI MODIFICA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE

MODULO LPI 2

Pag. 1 a 2

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____),
il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL con la qualifica di _____, matricola n. _____, già autorizzato/a all'esercizio
dell'attività LPI individuale in regime ambulatoriale nella disciplina di _____ con deliberazione
n. _____ del _____,

CHIEDE

ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, di apportare le modifiche all'attività già in corso, come di seguito indicato:

di poter svolgere l'attività LPI nei seguenti GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITA' (riportare anche giorni, orari e sedi che rimangono inalterati)

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)

(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi – artt. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

di poter eseguire le seguenti PRESTAZIONI in LPI e richiedere le TARIFFE come segue (riportare anche le prestazioni e le tariffe che rimangono inalterate)

	Descrizione della prestazione (come da Nomenclatore Tariffario Regionale)	Codice Ministeriale	Codice ASL	Tariffa	Ticket (in regime Istituz.)	Tempo d'esecuzione in LPI (in minuti)	Tempo d'esecuzione in Istituz. (in minuti)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(indicare le tariffe LPI alle quali si intende offrire al cittadino le prestazioni e i relativi codici ministeriali/aziendali, nonché i ticket dovuti per analoghe prestazioni erogate in regime istituzionale ed i tempi medi d'esecuzione, tenendo presente che la tariffa dovrà essere comprensiva dell'onorario del professionista, dei costi di gestione dell'ambulatorio, delle quote di competenza dell'Azienda, ecc. - per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)

(le tariffe devono essere di importi superiori di almeno il 25% per le prestazioni ad alto e altissimo costo e almeno del 30% per le prestazioni ambulatoriali, a medio/basso costo rispetto a quelli previsti a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni – art. 13 Reg. Aziendale LPI)



RICHIESTA DI MODIFICA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE

MODULO LPI 2

Pag. 2 a 2

Rev. Anno 2023

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza del/la dirigente richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

(dichiarazione da effettuare solo in caso di richiesta di modifica di giorni, orari e sedi di attività)

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O. _____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI del/la dirigente medico richiedente.

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



**RICHIESTA D'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEL PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO
ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN
REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 3

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

Al Direttore / Responsabile della Macro Articolazione

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____),
il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL con il profilo di _____, matricola n. _____

CHIEDE

ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, di essere inserito/a nell'elenco del PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO all'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE del Presidio Ospedaliero di _____

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione, di non poter essere adibito alle funzioni di supporto diretto nei seguenti casi:

1. assente dal servizio a qualsiasi titolo (ferie, malattia, permessi retribuiti per l'intera giornata, L.104/92, etc.)
2. in orario ridotto per maternità/L.104;
3. con rapporto di lavoro part-time;
4. con prescrizioni limitative dell'attività lavorativa, relativamente alle prestazioni dalle quali sono esonerati (es. Non può effettuare attività LPI di tipo chirurgico il dipendente esonerato dalla sala operatoria);

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che il supporto diretto all'attività LPI:

1. non può essere svolto in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. deve avvenire al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 3).

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma dell/la richiedente)

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

I sottoscritti Dirigenti medici / sanitari:

- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____
- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____
- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____
- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____
- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____
- Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. (____), il _____, matricola _____

in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di questa ASL,

CHIEDONO

di poter svolgere, ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, senza possibilità di scelta nominativa del singolo componente, l'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE nei termini di seguito riportati e da dettagliare in apposito Protocollo operativo:

1. DISCIPLINA:

- _____ (disciplina di appartenenza);
(l'attività LPI è prestata nella disciplina d'appartenenza – art. 4 Reg. Aziendale LPI)
- _____ (disciplina equipollente a quella d'appartenenza e possesso della specializzazione o anzianità di servizio di 5 anni nella disciplina d'appartenenza);
(il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina d'appartenenza, non può esercitare l'attività LPI nella propria disciplina, può essere autorizzato dal D.G. ad esercitare l'attività in altra disciplina equipollente, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di 5 anni nella stessa disciplina – art. 4 Reg. Aziendale LPI)

2. GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITÀ:

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)

(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi – artt. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

- al di fuori dell'orario istituzionale;
- durante l'orario istituzionale per le seguenti ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo:

(indicare le ragioni tecnico-organizzative che richiedono la coincidenza dell'orario di svolgimento dell'attività LPI con quello istituzionale)

3. PRESTAZIONI e TARIFFE

	Descrizione della prestazione (come da Nomenclatore Tariffario Regionale)	Codice Ministeriale	Codice ASL	Tariffa	Ticket (in regime Istituz.)	Tempo d'esecuzione in LPI (in minuti)	Tempo d'esecuzione in Istituz. (in minuti)
1							
2							



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 4

Pag. 2 a 3

Rev. Anno 2023

3							
4							
5							
6							
7							
8							

(indicare le tariffe LPI alle quali si intende offrire al cittadino le prestazioni e i relativi codici ministeriali/aziendali, nonché i ticket dovuti per analoghe prestazioni erogate in regime istituzionale ed i tempi medi d'esecuzione, tenendo presente che la tariffa dovrà essere comprensiva dell'onorario del professionista, dei costi di gestione dell'ambulatorio, delle quote di competenza dell'Azienda, ecc. - per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)

(le tariffe devono essere di importi superiori di almeno il 25% per le prestazioni ad alto e altissimo costo e almeno del 30% per le prestazioni ambulatoriali, a medio/basso costo rispetto a quelli previsti a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni - art. 13 Reg. Aziendale LPI)

4. PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO

Profilo professionale _____

(indicare il profilo professionale del personale non dirigente del ruolo sanitario o tecnico che partecipa all'esecuzione delle prestazioni dell'equipe)

(non è consentito l'esercizio della LPI individuale senza l'ausilio del personale di supporto - art. 8 Reg. Aziendale LPI)

5. ATTREZZATURE

(indicare la strumentazione e le apparecchiature che si intende utilizzare nell'esercizio dell'attività LPI)

6. CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI PROVENTI

I proventi dei dirigenti medici/sanitari per l'attività LPI d'equipe e del personale di supporto diretto, definiti ai sensi dell'art. 16 del Regolamento Aziendale LPI, sono ripartiti secondo i criteri appresso indicati:

Allo scopo **DICHIARANO**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stati destinatari di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intendono essere autorizzati in regime di LPI.

Inoltre, **DICHIARANO** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che:

1. l'attività LPI non può essere svolta in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali, compresa l'effettuazione di turni di Pronta Disponibilità o di Guardia;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.

2. l'attività LPI deve avvenire sulla base di specifiche agende informatiche e nel rispetto degli orari e delle tariffe autorizzati, al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 97)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo;
3. la prenotazione delle prestazioni in regime ambulatoriale erogate nell'esercizio dell'attività LPI e la riscossione dei proventi sono effettuate esclusivamente secondo le modalità stabilite in Azienda e riportate nel citato Regolamento Aziendale LPI;
4. nell'esercizio dell'attività LPI è fatto divieto di utilizzare il ricettario del SSN;
5. l'esercizio dell'attività LPI non può comportare globalmente – per l'unità operativa di appartenenza - un volume superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali né in termini di numero di prestazioni né di orari dedicati;
6. l'attività LPI deve avvenire negli spazi e nelle strutture autorizzati e assicurando l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto e la piena funzionalità dei servizi;
7. sono tenuti a contribuire a mantenere un adeguato rapporto fra i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in attività LPI e quelli relativi alle medesime prestazioni in regime istituzionale ordinario;
8. ogni variazione rispetto a quanto sopra richiesto e dettagliato in apposito Protocollo operativo deve pervenire all'Azienda per la relativa autorizzazione con cadenza semestrale;
9. le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda;
10. qualsiasi violazione dei contenuti della presente richiesta e del Protocollo operativo, in caso di autorizzazione, comporta la possibilità di essere oggetto delle sanzioni previste dalla normativa e dal Regolamento Aziendale LPI vigenti.

Infine, autorizzano il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

 _____ , _____
 (luogo)

(data)

In fede

Dott./Dott.ssa _____

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza dell'equipe richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O. _____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI dell'equipe richiedente.

 _____ , _____
 ((luogo)

(data)

 (timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



**RICHIESTA DI ADESIONE PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO ALL'ESERCIZIO
DELL'ATTIVITA' LIBERO- PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME
AMBULATORIALE**

MODULO LPI 5

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

Al Direttore / Responsabile della Macro Articolazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, in
servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL con il profilo di _____, matricola n. _____

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Aziendale LPI vigente, di aderire come **PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO** all'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____.

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione, di non poter essere adibito alle funzioni di supporto diretto nei seguenti casi:

1. assente dal servizio a qualsiasi titolo (ferie, malattia, permessi retribuiti per l'intera giornata, L.104/92, etc.)
2. in orario ridotto per maternità/L.104;
3. con rapporto di lavoro part-time;
4. con prescrizioni limitative dell'attività lavorativa, relativamente alle prestazioni dalle quali sono esonerati (es. Non può effettuare attività LPI di tipo chirurgico il dipendente esonerato dalla sala operatoria);

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI in argomento previsti nella relativa richiesta / dichiarazione di autorizzazione – dettagliati in apposito Protocollo operativo – e del Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che il supporto diretto all'attività in questione:

1. non può essere svolto in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a. contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali;
 - b. assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. deve avvenire al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 97) / durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel Protocollo operativo.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Responsabile dell'equipe)

VISTI la richiesta di adesione come personale di supporto diretto all'attività LPI d'equipe dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero _____, presentata dal/la dipendente _____, la richiesta/deliberazione di autorizzazione ed il relativo Protocollo operativo;

- SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE
- SI ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE per la seguente motivazione:

(luogo)

(data)

(timbro e firma del Responsabile dell'equipe.)



**RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA
D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 6

Pag. 1 a 2

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, in
servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL con la qualifica di _____, matricola n. _____

CHIEDE

di poter svolgere, ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, senza possibilità di scelta nominativa del singolo componente, l'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____ nei termini riportati nella deliberazione di autorizzazione e dettagliati nell'apposito Protocollo operativo.

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni riportate nella citata deliberazione di autorizzazione, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI d'equipe.

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dalla deliberazione di autorizzazione, dal Protocollo operativo e dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che:

1. l'attività LPI è esercitata nella disciplina d'appartenenza/in disciplina equipollente a quella d'appartenenza rispetto alla quale i dirigenti posseggono la specializzazione o anzianità di servizio di 5 anni;
2. l'attività LPI non può essere svolta in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali, compresa l'effettuazione di turni di Pronta Disponibilità o di Guardia;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
3. l'attività LPI deve avvenire sulla base di specifiche agende informatiche e nel rispetto degli orari e delle tariffe autorizzati, al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 97)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel Protocollo operativo;
4. la prenotazione delle prestazioni in regime ambulatoriale erogate nell'esercizio dell'attività LPI e la riscossione dei proventi sono effettuate esclusivamente secondo le modalità stabilite in Azienda e riportate nei citati Protocollo operativo e Regolamento Aziendale LPI;
5. nell'esercizio dell'attività LPI è fatto divieto di utilizzare il ricettario del SSN;
6. l'esercizio dell'attività LPI non può comportare globalmente – per l'unità operativa di appartenenza - un volume superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali né in termini di numero di prestazioni né di orari dedicati;
7. l'attività LPI deve avvenire negli spazi e nelle strutture autorizzati e assicurando l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto e la piena funzionalità dei servizi;
8. è tenuto/a a contribuire a mantenere un adeguato rapporto fra i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in attività LPI e quelli relativi alle medesime prestazioni in regime istituzionale ordinario;



**RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA
D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 6

Pag. 2 a 2

Rev. Anno 2023

9. le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda;
10. qualsiasi violazione dei contenuti della presente richiesta e del Protocollo operativo, in caso di autorizzazione, comporta la possibilità di essere oggetto delle sanzioni previste dalla normativa e dal Regolamento Aziendale LPI vigenti.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Responsabile dell'equipe)

VISTI la richiesta di adesione come personale di supporto diretto all'attività LPI d'equipe dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero _____, presentata dal/la dipendente _____, la richiesta/deliberazione di autorizzazione ed il relativo Protocollo operativo;

SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE

SI ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE per la seguente motivazione: _____

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del Responsabile dell'equipe.)



RICHIESTA DI MODIFICA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA D'EQUIPE IN REGIME AMBULATORIALE

MODULO LPI 7

Pag. 1 a 2

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, matricola n. _____, Responsabile dell'attività LPI d'equipe in regime ambulatoriale nella disciplina di _____ dell'U.O. _____ del P.O. _____ di questa ASL, già autorizzata con deliberazione n. _____ del _____,

CHIEDE

ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, di apportare le modifiche all'attività già in corso, come di seguito indicato:

di poter svolgere l'attività LPI nei seguenti GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITA' (riportare anche giorni, orari e sedi che rimangono inalterati)

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)

(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi - art. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

- al di fuori dell'orario istituzionale;
- durante l'orario istituzionale per le seguenti ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo:

_____ (indicare le ragioni tecnico-organizzative che richiedono la coincidenza dell'orario di svolgimento dell'attività LPI con quello istituzionale)

di poter eseguire le seguenti PRESTAZIONI in LPI e richiedere le TARIFFE come segue (riportare anche le prestazioni e le tariffe che rimangono inalterate)

	Descrizione della prestazione (come da Nomenclatore Tariffario Regionale)	Codice Ministeriale	Codice ASL	Tariffa	Ticket (in regime Istituz.)	Tempo d'esecuzione in LPI (in minuti)	Tempo d'esecuzione in Istituz. (in minuti)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

(indicare le tariffe LPI alle quali si intende offrire al cittadino le prestazioni e i relativi codici ministeriali/aziendali, nonché i ticket dovuti per analoghe prestazioni erogate in regime istituzionale ed i tempi medi d'esecuzione, tenendo presente che la tariffa dovrà essere comprensiva dell'onorario del professionista, dei costi di gestione dell'ambulatorio, delle quote di competenza dell'Azienda, ecc. - per eventuali ulteriori prestazioni allegare relativo elenco)

(le tariffe devono essere di importi superiori di almeno il 25% per le prestazioni ad alto e altissimo costo e almeno del 30% per le prestazioni ambulatoriali a medio/basso costo rispetto a quelli previsti a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni - art. 13 Reg. Aziendale LPI)

- di modificare i CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI PROVENTI, spettanti ai dirigenti medici/sanitari per l'attività LPI d'équipe e del personale di supporto diretto e definiti ai sensi dell'art. 16 del Regolamento Aziendale LPI, come appresso:

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza dell'équipe richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

(dichiarazione da effettuare solo in caso di richiesta di modifica di giorni, orari e sedi di attività)

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O.
_____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI dell'équipe richiedente.

(luogo)

(data)

(timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO**

MODULO LPI 8

Pag. 1 a 3

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____
in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL, con la qualifica di _____, matricola n. _____

CHIEDE

di poter svolgere, ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, l'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO nei termini di seguito riportati e da dettagliare in apposito Protocollo operativo:

AREA MEDICA

AREA CHIRURGICA

1. DISCIPLINA:

- _____ (disciplina di appartenenza);
(l'attività LPI è prestata nella disciplina d'appartenenza – art. 4 Reg. Aziendale LPI)
- _____ (disciplina equipollente a quella d'appartenenza e possesso della
specializzazione o anzianità di servizio di 5 anni nella disciplina d'appartenenza);
(il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina d'appartenenza, non può esercitare l'attività LPI nella propria disciplina, può essere autorizzato dal D.G. ad esercitare l'attività in altra disciplina equipollente, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di 5 anni nella stessa disciplina – art. 4 Reg. Aziendale LPI)

2. GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITÀ:

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)

(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi – artt. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

- al di fuori dell'orario istituzionale;
- durante l'orario istituzionale per le seguenti ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo:

(indicare le ragioni tecnico-organizzative che richiedono la coincidenza dell'orario di svolgimento dell'attività LPI con quello istituzionale)

3. PRESTAZIONI e TARIFFE

(come da allegato elenco – Allegato 1 Prestazioni sanitarie erogabili, codici ICD9CM e DRG, Tariffe in LPI e Tariffe DRG)

(le tariffe applicate sono definite tenendo conto dei livelli di partecipazione alla spesa della Regione previsti per la tipologia di attività LPI in oggetto - 70% del DRG corrispondente alla prestazione istituzionale a carico del SSN, ai sensi dell'art. 28, comma 1, della Legge 23 dicembre 1999, n. 488 – artt. 17 e 18 Reg. Aziendale LPI)

(le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda – art. 13 Reg. Aziendale LPI)

4. PERSONALE DELL'AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA

Profilo professionale _____

(indicare il profilo professionale del personale dell'area della dirigenza sanitaria che collabora all'esecuzione delle prestazioni)



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO**

MODULO LPI 8

Pag. 2 a 3

Rev. Anno 2023

5. PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO

Profilo professionale _____

*(indicare il profilo professionale del personale non dirigente del ruolo sanitario o tecnico che partecipa all'esecuzione delle prestazioni)
(non è consentito l'esercizio della LPI individuale senza l'ausilio del personale di supporto – art. 8 Reg. Aziendale LPI)*

6. ATTREZZATURE

(indicare la strumentazione e le apparecchiature che si intende utilizzare nell'esercizio dell'attività LPI)

7. CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI PROVENTI

I proventi del dirigente medico/chirurgo per l'attività LPI individuale in regime di ricovero, del personale dell'area della dirigenza sanitaria e del personale di supporto diretto, definiti ai sensi dall'art. 16 del Regolamento Aziendale LPI, sono ripartiti secondo i criteri appresso indicati:

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI.

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che:

1. l'attività LPI non può essere svolta in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali, compresa l'effettuazione di turni di Pronta Disponibilità o di Guardia;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. l'attività LPI deve avvenire sulla base di liste di attesa separate e nel rispetto degli orari e delle tariffe autorizzati, al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 3)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo;
3. la prenotazione delle prestazioni erogate nell'esercizio dell'attività LPI e la riscossione dei proventi sono effettuate esclusivamente secondo le modalità riportate nell'apposito Protocollo operativo;
4. nell'esercizio dell'attività LPI è fatto divieto di utilizzare il ricettario del SSN;
5. l'esercizio dell'attività LPI non può comportare globalmente – per l'unità operativa di appartenenza - un volume superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali né in termini di numero di prestazioni né di orari dedicati;
6. l'attività LPI deve avvenire negli spazi e nelle strutture autorizzati e assicurando l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto e la piena funzionalità dei servizi;
7. è tenuto/a a contribuire a mantenere un adeguato rapporto fra i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in attività LPI e quelli relativi alle medesime prestazioni in regime istituzionale ordinario;



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE
INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO**

MODULO LPI 8

Pag. 3 a 3

Rev. Anno 2023

8. ogni variazione rispetto a quanto sopra richiesto e dettagliato in apposito Protocollo operativo deve pervenire all'Azienda per la relativa autorizzazione con cadenza semestrale;
9. qualsiasi violazione dei contenuti della presente richiesta e del Protocollo operativo, in caso di autorizzazione, comporta la possibilità di essere oggetto delle sanzioni previste dalla normativa e dal Regolamento Aziendale LPI vigenti.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza del/la dirigente medico/chirurgo richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O. _____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI del/la dirigente richiedente.

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



RICHIESTA DI ADESIONE COME PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO

MODULO LPI 9

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

Al Direttore / Responsabile della Macro Articolazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di questa ASL, con il profilo di _____, matricola n. _____

CHIEDE

ai sensi del Regolamento Aziendale LPI vigente, di aderire come PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO all'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO del/la Dott./Dott.ssa _____ dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____.

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. assente dal servizio a qualsiasi titolo (ferie, malattia, permessi retribuiti per l'intera giornata, L.104/92, etc.)
2. in orario ridotto per maternità/L.104;
3. con rapporto di lavoro part-time;
4. con prescrizioni limitative dell'attività lavorativa, relativamente alle prestazioni dalle quali sono esonerati (es. Non può effettuare attività LPI di tipo chirurgico il dipendente esonerato dalla sala operatoria);

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI in argomento previsti nella relativa richiesta/deliberazione di autorizzazione - dettagliati in apposito Protocollo operativo - e dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che il supporto diretto all'attività in questione:

1. non può essere svolto in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. deve avvenire al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 3)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel Protocollo operativo.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(firma dell/la richiedente)

(Spazio riservato al/la dirigente medico/chirurgo)

VISTI la richiesta di adesione come personale di supporto diretto all'attività LPI individuale in regime di ricovero del/la Dott./Dott.ssa _____ dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____, presentata dall/la dipendente _____, la richiesta/deliberazione di autorizzazione ed il relativo Protocollo operativo;

- SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE
- SI ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE per la seguente motivazione:

_____;

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma del dirigente medico/chirurgo.)

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____,
in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL, con la qualifica di _____, matricola n. _____

CHIEDE

ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, di aderire come **PERSONALE DELL'AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA** (personale sanitario di collaborazione) all'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO del/la Dott./Dott.ssa _____ dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____ nei termini riportati nella richiesta/deliberazione di autorizzazione e dettagliati nell'apposito Protocollo operativo.

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI.

Inoltre, **DICHIARA** di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni, i criteri e le modalità d'esercizio dell'attività LPI previsti dal Regolamento Aziendale LPI vigente ed, in particolare, che:

1. l'attività LPI non può essere svolta in tutti i casi di interruzione o sospensione del rapporto di lavoro e in altre situazioni soggettive così complessivamente riassunte:
 - a) contemporaneamente all'espletamento di servizi istituzionali, compresa l'effettuazione di turni di Pronta Disponibilità o di Guardia;
 - b) assenze dal servizio effettuabili a titolo di malattia ed infortunio, astensioni obbligatorie e facoltative per maternità e paternità, assenze retribuite (che interessino l'intero arco della giornata), ferie, congedo collegato al rischio radiologico/anestesiologico, congedi per formazione, aspettative con o senza retribuzione, sciopero e sospensione dal servizio.
2. l'attività LPI deve avvenire sulla base di liste di attesa separate e nel rispetto degli orari e delle tariffe autorizzati, al di fuori dell'orario istituzionale (mediante timbratura con codice specifico – cod. 3)/ durante l'orario istituzionale per ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo;
3. la prenotazione delle prestazioni erogate nell'esercizio dell'attività LPI e la riscossione dei proventi sono effettuate esclusivamente secondo le modalità riportate nell'apposito Protocollo operativo;
4. nell'esercizio dell'attività LPI è fatto divieto di utilizzare il ricettario del SSN;
5. l'esercizio dell'attività LPI non può comportare globalmente – per l'unità operativa di appartenenza - un volume superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali né in termini di numero di prestazioni né di orari dedicati;
6. l'attività LPI deve avvenire negli spazi e nelle strutture autorizzati e assicurando l'integrale assolvimento dei compiti d'istituto e la piena funzionalità dei servizi;
7. è tenuto/a a contribuire a mantenere un adeguato rapporto fra i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in attività LPI e quelli relativi alle medesime prestazioni in regime istituzionale ordinario;
8. ogni variazione rispetto a quanto sopra richiesto e dettagliato in apposito Protocollo operativo deve pervenire all'Azienda per la relativa autorizzazione con cadenza semestrale;

9. le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda;
10. qualsiasi violazione dei contenuti della presente richiesta e del Protocollo operativo, in caso di autorizzazione, comporta la possibilità di essere oggetto delle sanzioni previste dalla normativa e dal Regolamento Aziendale LPI vigenti.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al/la dirigente medico/chirurgo)

VISTI la richiesta di adesione come personale di supporto diretto all'attività LPI individuale in regime di ricovero del/la Dott./Dott.ssa _____ dell'U.O. _____ del Presidio Ospedaliero di _____, presentata dal/la dipendente _____, la richiesta/deliberazione di autorizzazione ed il relativo Protocollo operativo;

- SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE
- SI ESPRIME PARERE NON FAVOREVOLE per la seguente motivazione:

_____;

(luogo)

(data)

(timbro e firma del dirigente medico/chirurgo)

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di questa ASL, con la qualifica di _____, matricola n. _____, già autorizzato/a all'esercizio dell'attività LPI individuale in regime di ricovero nella disciplina di _____ con deliberazione n. _____ del _____,

CHIEDE

ai sensi della normativa e del Regolamento Aziendale LPI vigenti, di apportare le modifiche all'attività già in corso, come di seguito indicato:

di poter svolgere l'attività LPI nei seguenti GIORNI, ORARI e SEDI DI ATTIVITA' (riportare anche giorni, orari e sedi che rimangono inalterati)

Giorno	dalle ore	alle ore *	P.O. / D.S.S.	Ambulatorio dell'U.O.	Pad. /Lotto	Piano	Stanza n.
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							

(* il termine finale indica l'orario in cui viene lasciato libero l'ambulatorio)
(l'attività LPI può essere effettuata presso ogni struttura aziendale, previa adeguata istruttoria da parte degli uffici competenti, anche per la verifica di disponibilità di tempi e spazi – artt. 4 e 8 Reg. Aziendale LPI)

- al di fuori dell'orario istituzionale;
- durante l'orario istituzionale per le seguenti ragioni tecnico-organizzative e con orario da recuperare mediante impegno lavorativo supplementare calcolato in base a standards prefissati nel relativo Protocollo operativo:

(indicare le ragioni tecnico-organizzative che richiedono la coincidenza dell'orario di svolgimento dell'attività LPI con quello istituzionale)

di poter eseguire le seguenti PRESTAZIONI in LPI e richiedere le TARIFFE come segue (riportare anche le prestazioni e le tariffe che rimangono inalterate)

(come da allegato elenco – Allegato 1 Prestazioni sanitarie erogabili, codici ICD9CM e DRG, Tariffe in LPI e Tariffe DRG)

(le tariffe applicate sono definite tenendo conto dei livelli di partecipazione alla spesa della Regione previsti per la tipologia di attività LPI in oggetto - 70% del DRG corrispondente alla prestazione istituzionale a carico del SSN, ai sensi dell'art. 28, comma 1, della Legge 23 dicembre 1999, n. 488 – artt. 17 e 18 Reg. Aziendale LPI)
(le tariffe devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti, non potendo l'esercizio della LPI comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda – art. 13 Reg. Aziendale LPI)

di modificare i CRITERI DI RIPARTIZIONE DEI PROVENTI, spettanti al dirigente medico/chirurgo per l'attività LPI individuale in regime di ricovero, del personale dell'area della dirigenza sanitaria e del personale di supporto diretto e definiti ai sensi dell'art. 16 del Regolamento Aziendale LPI, come appresso:

Allo scopo **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di rilascio di autocertificazione:

1. di essere a rapporto esclusivo;
2. di non fruire di rapporto ad impegno ridotto;
3. di non essere stato/a destinatario/a di sanzioni disciplinari di inibizione dell'attività LPI limitatamente al periodo indicato nelle stesse;
4. di non avere prescrizioni limitative dell'attività lavorativa incompatibili con le prestazioni erogabili nell'attività LPI in argomento;
5. di effettuare in attività istituzionale le prestazioni, sopra riportate, per le quali intende essere autorizzato/a in regime di LPI.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del/la richiedente)

(Spazio riservato al Direttore/Responsabile dell'U.O. d'appartenenza del/la dirigente medico/chirurgo richiedente)

Verifica della compatibilità organizzativa dell'attività LPI con quella istituzionale ordinaria dell'U.O.

(dichiarazione da effettuare solo in caso di richiesta di modifica di giorni, orari e sedi di attività)

Accertata l'assenza di commistione logistica e di orario con l'attività istituzionale, il Direttore/Responsabile dell'U.O.
_____ dichiara che **NULLA OSTA** all'esercizio dell'attività LPI del/la dirigente richiedente.

_____ , _____
(luogo)

(data)

(timbro e firma del Direttore/Responsabile dell'U.O.)



**COMUNICAZIONE DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA
INDIVIDUALE IN REGIME DI RICOVERO**

MODULO LPI 12

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

All'Ufficio del Presidio Ospedaliero

Azienda USL 4 Teramo

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ (dirigente medico/chirurgo fiduciario prescelto dall'Utente)
in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL, matricola n. _____.

TRASMETTE

l'elenco delle prestazioni in libera professione intramuraria individuale in regime di ricovero medico/chirurgico eseguite

al/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____, n. _____ -
Prov. _____ - CAP _____;

Codice Fiscale _____;

ricoverato/a in data _____ e dimesso/a in data _____

RICOVERO ORDINARIO (gg _____)

DAY HOSPITAL

DAY SURGERY

SDO n. _____

PRESTAZIONI EROGATE

	Tipologia di prestazione	Codice DRG	Codice ICD9CM
1			
2			
3			
4			
5			
6			

COMUNICA

Che le suddette prestazioni sono state eseguite con il seguente personale:

PERSONALE SANITARIO DI COLLABORAZIONE

	Profilo Professionale	Cognome	Nome
1			
2			
3			
4			

PERSONALE DIRETTO DI SUPPORTO

	Profilo Professionale	Cognome	Nome
1			
2			
3			
4			

In fede

_____ ,
(luogo)

(data)

(timbro e firma della dirigente medico/chirurgo fiduciario prescelto dall'Utente)

All'Ufficio del Presidio Ospedaliero di

Azienda USL 4 Teramo

Il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ Prov. (____),
 il _____, residente a _____ in Via/Piazza _____
 n. _____ - Prov. _____ - CAP _____;
 Codice Fiscale _____
 ricoverato/a in regime di LPI in data _____ presso l'U.O. _____ del
 P.O. _____

PRESO ATTO

che, ai sensi degli artt. 17 e 18 del Regolamento Aziendale LPI, i ricoverati in regime di LPI possono ottenere ulteriori prestazioni nel medesimo regime, nel corso della degenza, soltanto su specifica richiesta integrativa di quella di ricovero,

CHIEDE

di poter usufruire in LPI delle prestazioni appresso riportate, assicurate dal/dalla Dott./Dott.ssa _____ che sottoscrive per adesione alla presente richiesta.

	Tipologia di prestazione	Codice Min.	Tariffa
1			
2			
3			
4			
5			
Totale (imposta di bollo esclusa)			

SI IMPEGNA

al pagamento integrale della tariffa sopra preventivata, salvo conguaglio.

In fede

_____, _____
 (luogo) (data)

 (firma della richiedente)

(Spazio riservato all/la dirigente medico/sanitario chiamato/a a rendere in LPI ulteriori prestazioni specialistiche)

(da compilare al momento della richiesta della ricoverato/a)

Per adesione alla presente richiesta di prestazioni specialistiche in LPI.

_____, _____
 ((luogo) (data)

 (timbro e firma dell/la dirigente medico/sanitario)

(da compilare dopo l'esecuzione delle prestazioni specialistiche)

Si comunica l'avvenuta regolare esecuzione della/e prestazione/i richiesta/e e sull/la ricoverato/a sopra menzionato/a.
 Eventuale PERSONALE DIRETTO DI SUPPORTO:

Profilo professionale	Cognome	Nome

_____, _____
 ((luogo) (data)

 (timbro e firma dell/la dirigente medico/sanitario)



RICHIESTA DI REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE

MODULO LPI 14

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

Al Direttore Generale dell'Azienda USL 4 Teramo
(per il tramite del Direttore / Responsabile della Macro
articolazione _____)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____,
in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di
questa ASL, con la qualifica di _____, matricola n. _____, già autorizzato/a all'esercizio
dell'attività LPI individuale in regime ambulatoriale nella disciplina di _____ con deliberazione
n. _____ del _____.

CHIEDE

la revoca di detta autorizzazione.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma dell/la richiedente)



**RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ELENCO DEL PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO
ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN
REGIME AMBULATORIALE**

MODULO LPI 15

Pag. 1 a 1

Rev. Anno 2023

Al Direttore / Responsabile della Macro articolazione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (____), il _____, in servizio presso l'U.O. _____ del P.O. _____ di questa ASL, con il profilo di _____, matricola n. _____, inserito/a nell'elenco del **PERSONALE DI SUPPORTO DIRETTO ALL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA INDIVIDUALE IN REGIME AMBULATORIALE** del Presidio Ospedaliero di _____,

CHIEDE

di essere depennato/a dal suddetto elenco con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presente richiesta.

Infine, autorizza il trattamento dei dati personali riportati nel rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (GDPR).

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro e firma della richiedente)

ASL TERAMO

Deliberazione n. 998 del 01/06/2023 ad oggetto:

DELIBERAZIONE N. 913 DEL 23.05.2023 AVENTE AD OGGETTO: “REVISIONE COMPLESSIVA DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER L’ATTUAZIONE DELL’ATTIVITA’ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA E DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI, APPROVATA CON DELIBERA N.1103/2013 E S.M.I. (REVISIONE 4).” RETTIFICA: SOSTITUZIONE MODULISTICA.

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Della sujestesa deliberazione viene iniziata la pubblicazione il giorno 05/06/2023 con prot. n. 0002021/23 all’Albo Informatico della ASL per rimanervi 15 giorni consecutivi ai sensi del d.lgs. n. 267/2000, della L.R. n. 28/1992 e della L. n.69/2009.

La sujestesa deliberazione è stata dichiarata immediatamente eseguibile.

La trasmissione al Collegio Sindacale è assolta mediante pubblicazione sull’Albo Informatico Aziendale.

L’addetto alla pubblicazione informatica
Prudente Fabrizio