



MODULO RICHIESTA AGGIORNAMENTO SEDE

La presente istanza va compilata esclusivamente al PC ai fini dell'accoglimento della stessa

Al Direttore Generale ASL Salerno
S E D E

Il sottoscritto /Dott . _____ dipendente dell'ASL Salerno con rapporto pieno ed esclusivo,
matr. _____ autorizzato a svolgere L'ALPI con determina n. _____
del _____

CHIEDE

a partire dal giorno.....le seguenti modifiche all'autorizzazione già rilasciata:

CAMBIO SEDE DI SVOLGIMENTO DELL'ALPI (nel caso la nuova sede sia uno studio professionale sarà
necessario allegare apposita autodichiarazione)

Studio/Sede precedentemente autorizzato _____

NUOVA SEDE IN CASO DI ALPI INTERNA

Macro-Centro di Responsabilità :

Distretto Sanitario _____

Ospedale _____

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento delle Dipendenze

Dipartimento di Prevenzione

U.O. _____ Sede _____

Ambulatorio _____

Piano _____ Stanza n° _____

NUOVA SEDE IN CASO DI ALPI ALLARGATA:

Studio professionale _____ sito in Via _____

Comune _____ prov. _____ CAP _____

Le visite già prenotate saranno effettuate presso la nuova sede.

L'ISTANTE È CONSAPEVOLE CHE TUTTI GLI ALTRI ELEMENTI PRESENTI NELLA DETERMINA DI AUTORIZZAZIONE PRECEDENTEMENTE RILASCIATA RESTERANNO INVARIATI.

Data _____

Il Richiedente

Parere del Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza e del Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità in merito alla compatibilità dell'attività libero professionale con l'organizzazione del servizio e con i compiti istituzionali.

Parere favorevole

Il Direttore/Responsabile dell'U.O. appartenenza

Parere favorevole

Il Direttore Responsabile del Macro-Centro di Responsabilità

DICHIARAZIONE DA RENDERSI ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI CAMBIO SEDE PRESSO STUDIO PROFESSIONALE ¹

Il sottoscritto Dr. _____ Matricola _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000) nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- di NON svolgere l'attività libero professionale presso strutture sanitarie accreditate;
- che il titolo di utilizzo dello/degli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata, comprovato dall'allegata documentazione contrattuale, è il seguente: _____²
- che il/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata sono in possesso delle dovute autorizzazioni di legge, anche in relazione allo specifico tipo di prestazioni che vi sono erogate e che pertanto è/sono idonei sotto il profilo igienico-sanitario ed è/sono provvisti di tutte le attrezzature necessarie/adequate alla tipologia ed al volume delle attività da svolgere;
- che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata non operano professionisti incompatibili (dirigenti sanitari dipendenti di aziende sanitarie non in regime esclusivo, liberi professionisti);
- che nel/i proprio/i studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata operano anche i seguenti professionisti non dipendenti ovvero dipendenti non in regime di esclusività (extramoenia) _____ e pertanto chiede la deroga prevista dall'art.1, co.4, lettera f), della L.n.120/2007 e ss.mm.ii.. A tale fine il sottoscritto DICHIARA che le regole di organizzazione dello studio, definite ed accettate da tutti i professionisti ivi operanti, rispondono al principio di "completa tracciabilità delle singole prestazioni" stabilito dalla legge 120/2007 ed escludono qualsiasi addebito a carico dell'ASL Salerno. Quanto da me dichiarato è comprovato dall'allegata dichiarazione sottoscritta da tutti i professionisti sopraindicati³.
- di sollevare l'ASL Salerno da qualsiasi responsabilità inerente l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature presso lo/gli studio/i professionale/i individuati per svolgere l'ALPI allargata e di essere consapevole che la copertura RCT è a proprio carico;
- di impegnarsi a connettersi con la infra-struttura di rete dell'Asl Salerno non appena la stessa sarà attivata e di essere consapevole che gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il collegamento con la infra-struttura di rete dell'ASL Salerno sono a carico del professionista, come previsto dalla normativa in materia di ALPI;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione per l'ALPI allargata ha natura provvisoria e che pertanto la stessa decadrà automaticamente con l'assegnazione, allo scrivente, di uno spazio all'interno di un presidio dell'ASL dove poter svolgere l'ALPI;

Data _____

Il Richiedente

SI ALLEGA:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
- Relazione sintetica del Direttore del Macro-Centro di Responsabilità circa la carenza degli spazi;
- Copia del titolo di utilizzo dello/degli studio/i professionale/i individuati.

¹ Si precisa che in caso di cambio sede sarà necessaria l'adozione di una nuova determina di autorizzazione.

² Locazione, comodato d'uso, proprietà, contratto di servizio, ecc.

³ Detta richiesta potrà essere accolta solo a completamento dell'infrastruttura di rete da parte dell'ASL Salerno.