



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
ad Alta Specializzazione  
"Santobono Pausilipon"**

Via della Croce Rossa, 8 - 80122 Napoli  
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

**Modello ALPI n.2**

**"Attività Libero Professionale Intramuraria ambulatoriale allargata"  
Autorizzazione annuale**

Al Direttore Generale  
dell'A.O. Santobono Pausilipon

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico con  
rapporto esclusivo, in servizio presso questa Azienda Ospedaliera,

P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di esercitare, ai sensi della normativa vigente, compatibilmente con le attività istituzionali  
dell'U.O. di appartenenza e al di fuori del normale orario di lavoro, la libera professione in regime  
ambulatoriale presso lo studio situato:

- in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- dichiara, sotto la propria responsabilità, che lo studio possiede tutti i requisiti previsti dalla  
normativa corrente e che l'attività libero professionale non è svolta presso studi  
professionali dove operano anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del  
SSN ovvero dipendenti non in regime di esclusività

**Giorni e fasce orarie:**

Lunedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. pazienti \_\_\_\_\_

Martedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. pazienti \_\_\_\_\_

Mercoledì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. pazienti \_\_\_\_\_

Giovedì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. pazienti \_\_\_\_\_

Venerdì dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ n. pazienti \_\_\_\_\_

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni con il compenso professionale, accanto a ciascuna, proposto:

<b>TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE</b>	<b>CODICE PRESTAZIONE</b>	<b>COMPENSO</b>

- Si allegano le caratteristiche tecniche dell'attrezzatura in dotazione presso lo/gli studio/i professionale/i utile all'espletamento della libera attività professionale; inoltre si solleva l'Azienda da ogni responsabilità che esuli dal rischio professionale coperto dall'Azienda o da oneri economici per costi di manutenzione e verifica (Art. 5 punto 3 del Regolamento Aziendale)
- Dichiaro inoltre che i volumi di prestazioni o di volumi orario di lavoro calcolati su base di riferimento di quelli istituzionali dell'anno precedente (Art. 8 punto 2 del Regolamento Aziendale) sono pari a :  
\_\_\_\_\_
- Si autorizza il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

In fede

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Napoli li \_\_\_\_\_

**N.B. Mancando una o più parti nella compilazione, la richiesta non sarà tenuta in considerazione. La descrizione della prestazione e il rispettivo codice ministeriale, devono trovare riscontro nel vigente Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Campania.**