

Al Direttore Generale dell'A.O.U.P. "P. Giaccone"

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto **Prof. Angelo LABATE**, matr. n°54245 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di Neurologia, in servizio presso l'U.O.C. di Neurologia (cod. \_32.01.0\_\_)

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a svolgere, nella propria disciplina (o disciplina equipollente ai sensi del D.M. della sanità del 28/02/97 art. 4 punto 5) es. m.i., fuori dall'orario di servizio, l'attività libero professionale intramuraria

o Ambulatoriale "interna all'Azienda" presso i locali Situati in Via La loggia n.1 dell' U.O.C. di Neurologia.

ai sensi della normativa vigente e del regolamento aziendale dell'A.L.P.I. delibera n. 142 del 24/02/2016 e senza intralcio alle ordinarie attività istituzionali, complessivamente considerate. Tale attività sarà svolta nel giorno Lunedì dalle ore 14.00 alle ore 18.00

PER TALE ATTIVITA' PROONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

		<b>CODICE CUP</b>
1. visita neurologica	€. 250	H159
2. visita neurologica di controllo	€. 150	H28388329
3. certificazione neurologica	€. 150	
4. 1° visita domiciliare in città	€. 300	H34852558
5. prestazione visita neurologica domiciliare fuori città	€. 500	H34852608

Il sottoscritto/a dichiara che le suddette prestazioni sono già routinariamente assicurate agli utenti del S.S.R. senza alcuna esclusione tipologica, che la produttività assicura per i compiti istituzionali e per le singole prestazioni è superiore a quella derivante dell'attività libero-professionale e che il volume di impegno orario per tale attività non sarà superiore al 50 per cento dell'orario di servizio effettivamente prestato in ottemperanza a quanto disposto dal D.M. della sanità del 28/02/1997 art. 4 punto 6 e s.m.i.

Il sottoscritto comunica che per l'espletamento dell'attività libero professionale intramuraria "interna" verrà collaborato dal Sig. \_\_\_\_\_ in servizio presso la suddetta U.O.C. con la qualifica di \_\_\_\_\_ di cui si allega dichiarazione di accettazione e al quale verrà corrisposto, quale provento, l'importo pari alla percentuale della prestazione da me effettuata stabilita nel predetto regolamento A.L.P.I..

Si allega:

- Dichiarazione del Direttore dell' U.O.C. di Neurologia relativa al parere favorevole per l'espletamento dell'attività libero-professionale "interna" e attestazione sul volume delle medesime prestazioni che il professionista esegue nell'orario di servizio.

Dichiaro inoltre che l'importo della/delle suddetta/e prestazione/i è determinato da indagini di mercato.

Palermo. Li 20/10/2025

Distinti saluti

Dott./Prof.  
