

2

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a Dott./Prof. MATILDE TODARO, matr. n° 8136 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di ENDOCRINOLOGIA, in servizio presso l'U.O.C. di Chirurgia Generale e Urgenze (cod. _____) **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

Ambulatoriale "interna all'Azienda" presso i locali Ambulatoriali dell'U.O.C. di Chir. Generale e Urgenze presso viale 74 Dermatologia #1100

o In regime di ricovero presso l'U.O.C. di _____

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 nei giorni VENERDI dalle ore 15 alle ore 18

PER TALE ATTIVITA' PROONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

		CODICE CUR(H)	CODICE SSN
1. <u>Prime Visite Endocrinof.</u>	€ 120.00	<u>28410791</u>	<u>89.7A.8</u>
2. <u>Visite Endocrinof. centrali</u>	€ 80.00	<u>28388316</u>	<u>89.01.8</u>
3.	€	_____	_____
4.	€	_____	_____
5.	€	_____	_____

.....

.....

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 Chirurgia Generale Urg 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 tariffe del territorio

Palermo, li 13/11/25

Distinti saluti

Dott./Prof.
Matilde Todaro