1

Prot. n. 0044850 del 23/07/2025 - UOR: 00.52.0

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a ~~Dott.~~/Prof. ETTORE DINOTO, matr. n° 55281 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di CH. VASCOLARE, in servizio presso l'U.O.C. di CHIRURGIA VASCOLARE (cod. 14-01)

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 AMBULATORIO CH. VASCOLARE dell' U.O.C. di
- 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 GIOVEDÌ dalle ore 14:00 alle ore 17:30

PER TALE ATTIVITA' PROPONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

		N° CODICE CUP
1. PRIMA VISITA CH. VASCOLARE	€. 150	89.7A.6
2. VISITA DI CONTROLLO	€. 100	89.01.6
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. VERI ALLEGATI in servizio presso la suddetta U.O.C. con la qualifica di VERI ALLEGATI 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 CH. VASCOLARE 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 LISTINO A. MORELLO

Palermo, lì 21/07/2025

Distinti saluti

Dott./Prof.

1 AUTORIZZA

Policlinico Universitario PALERMO U.O.C. Direzione Amministrativa