

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a Dott. Prof. FULVIO MANNINO, matr. n. 40533 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di OST - GIN, in servizio presso l'U.O.C. di (cod. 3704) 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. fuori dall'orario di servizio, l'attività libero professionale intramuraria

Ambulatoriale "interna all'Azienda" presso i locali AMBULATORIAU dell'U.O.C. di

In regime di ricovero presso l'U.O.C. di OST E GIN U.O. 3704

ai sensi della normativa vigente e del regolamento aziendale dell'A.I.P.I. delibera n. 142 del 24/02/2016 e senza intralcio alle ordinarie attività istituzionali, complessivamente considerate.

Tale attività sarà svolta nei giorni MARTEDI dalle ore 15 alle ore 19

GIOVEDI " " 15 " " 19
PER TALE ATTIVITA' PROPRONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

	N° CODICE CUP
1. ECOGRAFIA OSTETRICA € 80	H 183
2. VISITA OSTETRICA € 60	H 237
3. VISITA OSTETRICA DI CURSA € 60	H 563
4. VISITA GINECOLOGIA € 60	H 182
5. ECOGRAFIA GINECOLOGICA € 80	H 30331245
6. VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO € 50	H 28388320

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/a comunica che per l'espletamento dell'attività libero professionale intramuraria "interna" verrà collaborato dal Sig. NESSUN COLLABORATORE 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.I.P.I.

Si allega:

- o Dichiarazione del Direttore dell'U.O.C. di PROF. R. VENERI 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 suddette prestazioni è determinato da INDAGINE DI MERCATO

Palermo, li 13-1 2026

Distinti saluti

Dott. Prof.

Dr. MANNINO FULVIO
R.N.P.M. 3001801222
M. ORDINE MEDICI 10 813