

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a Dott./Prof. FABIO TORREGROSSA, matr. n° 311970 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di NEUROCHIRURGIA, in servizio presso l'U.O.C. di NEUROCHIRURGIA (cod. 30.02)
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 EDIFICIO 16 dell'U.O.C. di NEUROCHIRURGIA

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 SABATI dalle ore 9 00 alle ore 16 00

PER TALE ATTIVITA' PROONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

	CODICE CUP	CODICE SSN
1. VISITA NEUROCHIRURGICA € 150		<u>ALP1897NCH</u>
2. VISITA NEUROCHIRURGICA DI CONTROLLO € 120		<u>ALP18901NCH</u>
3. VALUTAZIONE LESIONI INTRACRANICHE E SPINALI (TUMORI, ANEURISMI, MALFORMAZIONI VASCOLARI) € 150		<u>ALP1897NCH/VAL</u>
4. VISITA NEUROCHIRURGICA DOMICILIARE € 200 (ENTRO 20 Km)		<u>ALP1897NCH/20</u>
... VISITA NEUROCHIRURGICA DOMICILIARE 300€ (20-50 Km)		<u>ALP1897NCH/50</u>

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. CLAUDIA DI LORENZO in servizio presso la suddetta U.O.C. con la qualifica di INFERMIERA 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 NEUROCHIRURGIA 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 in coerenza con il nomenclatore vigente per le prestazioni specialistiche.

Palermo, li 8/04/2026

Distinti saluti

Dott./Prof.

Fabio Torregrossa