

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

2

Il sottoscritto/a Dott./Prof. SIMONETTA MONTANA, matr. n° 311326 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di PSICHIATRIA, in servizio presso l'U.O.C. di PSICHIATRIA (cod. 40.01)

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

☒ Ambulatoriale "interna all'Azienda" presso i locali SITI IN VIA LA LOPPIA N°1 dell'U.O.C. di PSICHIATRIA (PERMANENTE)

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 LUNEDÌ e VENERDÌ dalle ore 15 alle ore 20

PER TALE ATTIVITA' PROONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

		CODICE CUP	CODICE SSN
1. VISITA PSICHIATRICA (PRIMA VISITA)	€ 120,00	H419	94.12.1
2. VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 80,00	H28423258	94.12.1
3. RELAZIONE CLINICA PER DIAGNOSI E CURA	€ 350,00	H346791P8	94.19.1
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. GIUSEPPE D'ALESSANDREA in servizio presso la suddetta U.O.C. con la qualifica di OMATOLOGO GIOIO SANI AP 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 PSICHIATRIA 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 23/06/2026

Distinti saluti

Dott./Prof.

Dott.ssa Simona Montana

Medico Chirurgo

Specialista Psichiatra

N. Iscr. Ordine dei Medici PA 15090

Cod. EMPAM 300349554K