Deliberazioni Rep. n.1090/2026 Prot. n. 0071598 del 20/11/2026 - UOR: SI000071

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

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a Dott./Prof. **NICOLA SCICHILONE**, matr. n° **8420** dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di **PNEUMOLOGIA**, in servizio presso l'U.O.C. di **PNEUMOLOGIA** (cod. **68.01**)

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 Edificio 5** 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 **martedi: 6 visite** dalle ore **15:00** alle ore **18:00**

PER TALE ATTIVITA' PROPONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

| | | | | CODICE CUP | CODICE SSN |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | **VISITA PNEUMOLOGICA** | €. | **200,00** | **H238** | **89.7B.9** |
| 2. | **VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO O VISIONE ESAMI STRUMENTALI** | €. | **200,00** | **H28388338** | **89.01.L** |
| 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. **Eugenia Caltabellotta** in servizio presso la suddetta U.O.C. con la qualifica di **Infermiere** 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 **DAI MEDICO** relativa al parere favorevole per l'espletamento dell'attivià 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 _____.

Palermo. lì **INDAGINI DI MERCATO**

Distinti saluti

Dott./Prof.

N. Scichilone