

3  
Al Direttore Generale dell'A.O.U.P. "P. Giaccone"

Oggetto: Richiesta autorizzazione di attività libero-professionale intramuraria.

Il sottoscritto/a Dott./Prof. GRAZIA PENNISI, matr. n° 508348 dirigente medico con rapporto esclusivo, disciplina di GASTROENTEROLOGIA in servizio presso l'U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA (cod. 5803)  
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 AMBULATORIAU dell'U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA

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 14:30 alle ore 17:30

PER TALE ATTIVITA' PROONGO LE SOTTOINDICATE PRESTAZIONI E TARIFFE:

		N° CODICE CUP
1. VISITA EPATOLOGICA	€. 150	<u>H220</u>
2. VISITA GASTROENTEROLOGICA	€. 150	<u>H239</u>
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. \_\_\_\_\_ 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.L.P.I..

Si allega:

- Dichiarazione del Direttore dell' U.O.C. di GASTROENTEROLOGIA 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 e considerati costi sostenuti dall'Azienda.

Palermo, li 29/04/2025

Distinti saluti

Dott./Prof.

