



ASL Lecce

PugliaSalute

Ufficio ALPI centrale
Via Miglietta, 5 – 73100 LECCE
Tel. 0832/226315 - mail: alpi.sanitaria@asl.lecce.it



**ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA
NUOVE RICHIESTE E AGGIORNAMENTO AGENDE PREESISTENTI**

modello, RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Il sottoscritto Dr. _____, matricola _____, C.F. _____, in servizio presso la ASL Lecce in regime di rapporto esclusivo in qualità di Dirigente _____ nella disciplina di _____ in servizio presso la U.O.C. _____, tipo di rapporto [] determinato - [x] indeterminato (in caso di "indeterminato", indicare la scadenza contratto ___/___/___), telefono _____ mail personale _____, al di fuori dell'orario di servizio ordinario, nel rispetto dell'equilibrio fra le attività istituzionali e quelle rese in ALPI,

CHIEDE

di essere autorizzato in ALPI - secondo le modalità stabilite dall'attuale normativa legislativa, contrattuale e regolamentare vigenti – ad erogare le prestazioni ambulatoriali, riportate analiticamente in allegato (composto da n. 1 foglio, ciascuno compilato in ogni parte, timbrato e firmato dal professionista), che costituisce/costituiscono parte integrante e sostanziale della presente richiesta.

La attività è da svolgere presso la seguente sede aziendale:

_____ (es. Polo Riabilitativo S. Cesario, piano terra, amb. Cardiologia, stanza n. 01)

eventuale ulteriore sede aziendale:

_____ (previa autorizzazione della Direzione di macrostruttura, nei giorni e orari indicati)

nei seguenti giorni e orari:

| SEDE | | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato | NOTE GIORNO |
|------|--------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|-------------|
| | da ore | | | | | | | |
| | a ore | | | | | | | |
| | da ore | | | | | | | |
| | a ore | | | | | | | |

² esempio, primo/terzo lunedì mese

Il sottoscritto Dr. _____, dichiara altresì di essere a conoscenza delle disposizioni legislative e contrattuali che disciplinano l'esercizio della libera professione intramuraria, nonché del regolamento aziendale assunto dalla ASL con giusta DDG n. 1344/2024 ed, in particolare, di quanto segue:

- l'esercizio dell'ALPI non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi;
- tutte le "tipologie di prestazioni" (riportate analiticamente in allegato) sono "effettuate in via ordinaria" dal richiedente (art. 4 - tipologie e forme di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria);
- l'esercizio dell'ALPI non può globalmente comportare un volume prestazionale e/o un volume orario superiore a quello assicurato nell'esercizio dell'attività istituzionale e comunque nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 15 (Rapporto quantitativo tra libera professione intra-muraria e attività istituzionale) del regolamento aziendale ALPI approvato con giusta DDG ASL Lecce n. 1344/2024;
- l'ALPI deve essere esercitata al di fuori dell'orario di servizio.

Il sottoscritto, si impegna a "garantire l'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di ALPI" (Art. 19 - Governo delle liste di attesa e verifica dei volumi di attività).

Il sottoscritto Dr. _____, prende atto, altresì, che "qualora si accerti che l'ALPI sia esercitata in violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni o in presenza di condizioni ostative", sono applicate le sanzioni previste dalle disposizioni legislative, contrattuali e regolamentari vigenti". La presente autorizzazione all'esercizio dell'ALPI, comporta la contestuale revoca di eventuali precedenti autorizzazioni.

Infine, il sottoscritto - ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 - dichiara la veridicità ed esattezza delle informazioni sopra rese e la regolarità formale e sostanziale della documentazione sopra richiamata ed allegata alla presente nota.

Data _____,

II DIRIGENTE RICHIEDENTE

PARTE RISERVATA AL DIRETTORE DI MACROSTRUTTURA

In merito alla richiesta che precede, il sottoscritto Dr. _____ in qualità di

esprime parere positivo parere negativo, per le seguenti ragioni

data _____ firma _____

