

N.B.: LA SCHEDA ALPI VA' COMPILATA INFORMATICAMENTE, NO MANUALMENTE, ALTRIMENTI VIENE RIGETTATA D'UFFICIO

SCHEDA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA					vers. 05
NUOVA	☐	SPECIALISTICA	☐	RICOVERO	☐
MODIFICA	☐	Nr. Autorizzazione		Data Autorizzazione	
ANAGRAFICA SPECIALISTA					
MATRICOLA		CODICE FISCALE		Dipen. / Conv.	
COGNOME		NOME		☐ Dipendente	
DATA di NASCITA		COMUNE DI NASCITA		☐ Convenzion.	
TEL. FISSO		E-MAIL Aziendale			
TEL. CELLULARE		Altra E-MAIL			
DISCIPLINA DI INQUADRAMENTO (DATO OBBLIGATORIO)					
SEDE DI SERVIZIO ISTITUZIONALE					
COMUNE					
PRESIDIO (Ospedale, Poliambulatorio, CSM, Sert, Consultorio, Dipartimento, ...)					
SEDE DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ALPI					
COMUNE					
PRESIDIO (Ospedale, Poliambulatorio, CSM, Sert, Consultorio, Dipartimento, ...)					
UBICAZIONE (Via, Piano, ...)					
AMBULATORIO					
ALPI PURA	C/O STUDIO PRIVATO	INDIRIZZO STUDIO PRIVATO			
☐	☐				
ORARIO SETTIMANALE DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' INTRAMURARIA					
	DALLE ORE	ALLE ORE	Nr. di PAZIENTI		
Lunedì					
Martedì					
Mercoledì					
Giovedì					
Venerdì					
Sabato					
Domenica					
UTILIZZO MATERIALE DI CONSUMO E/O ATTREZZATURE			AZIENDALI ☐		
Descrivere dettagliatamente eventuale materiale di consumo					
Descrivere dettagliatamente eventuali attrezzature utilizzate					

[illegible]

Eventuali vincoli sull'età del paziente (indicare limiti e codice prestazioni)					
Limiti					
Cod. Prestazioni					
Eventuali vincoli sul genere del paziente (indicare uomo/donna e codice prestazioni)					
Genere					
Cod. Prestazioni					
Eventuali AVVERTENZE E NOTE DA ALLEGARE ALLE PRESTAZIONI					
Allegato Nr.					
Cod. Prestazioni					
Allegato Nr.					
Cod. Prestazioni					
DATO OBBLIGATORIO					
Indicare il codice delle AGENDE ISTITUZIONALI in cui vengono prenotate le prestazioni di cui si richiede l'autorizzazione in ALPI					

Si conferma che le prestazioni richieste in autorizzazione rientrano nella disciplina di inquadramento e vengono prenotate ed erogate in attività istituzionale

Data _____

Firma _____

Per presa visione

Il Dirigente della U.O.

[timbro e firma]

Il Direttore di Macrostruttura o Direttore Medico

[timbro e firma]

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it. Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.