

**MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMURARIA PRESTAZIONI AMBULATORIALI.**

**Al Sig. Direttore Generale
IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"
BARI**

**Oggetto: Richiesta autorizzazione attività libero professionale intramuraria per
l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali.**

Il sottoscritto dott. _____, (tel. _____)

disciplina _____, In servizio a tempo indeterminato/determinato

presso l'unità operativa _____

Con la posizione funzionale di dirigente _____

Chiede

Di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale ambulatoriale,
compatibilmente con le attività istituzionali dell'U.O. di appartenenza ed al di fuori del
normale orario di lavoro; nell'ambulatorio ubicato al piano _____ stanza n° _____

nei giorni e negli orari di seguito indicati:

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

giorno della settimana _____, dalle ore _____ alle ore _____ n. Paz. _____

con l'utilizzo dei seguenti strumenti di proprietà di questa Amministrazione (nel caso
allegare)

e con il supporto del seguente personale _____

N.B. : Mancando una o più parti nella compilazione, la richiesta non sarà tenuta in considerazione.
La Descrizione della prestazione e il rispettivo codice, devono trovare riscontro nei tariffari
Adottati da codesto Istituto.

**MODELLO DI RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMURARIA PRESTAZIONI AMBULATORIALI.**

Il sottoscritto intende svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni, erogate nell'ambito istituzionale dalla U.O. di appartenenza, (nel caso allegare):

L'importo indicato si riferisce a:

Fatturato all'utente ☐

Onorario netto del medico ☐

cod prestazione	prestazione	Importo

Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel regolamento (e relativi allegati), che disciplina l'esercizio della libera professione intramuraria e le incompatibilità, approvato dal Direttore Generale con atto

n...100. del 25/02/2009.

Con osservanza

Data _____

Firma

Si autorizza

Data _____

Il Direttore Generale

N.B. : Mancando una o più parti nella compilazione, la richiesta non sarà tenuta in considerazione.
La Descrizione della prestazione e il rispettivo codice, devono trovare riscontro nei tariffari
Adottati da codesto Istituto.