



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

A: Modello/Attività Intramoenia

Al Direttore Generale

Sede

Oggetto: Richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'esercizio
"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA"

Io sottoscritto dott. _____

matricola n. _____ nat _____ a _____

il _____ c.f. _____,

Dirigente sanitario a rapporto esclusivo nella disciplina _____

in servizio presso ☐ U.O.C. ☐ U.O.S.D. ☐ U.O.S. ☐ IPAS ☐ IPAB

_____ ;
presa visione del Regolamento per l'esercizio della libera professione intramoenia, nel rispetto del
medesimo e della normativa vigente in materia, **CHIEDO** di essere autorizzato ad effettuare
"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA" alle seguenti condizioni:

1) TIPOLOGIA ATTIVITA'

☐ in forma INDIVIDUALE

☐ in forma EQUIPE

2) DISCIPLINA

☐ nella disciplina di appartenenza

☐ in disciplina equipollente _____ di cui possiedo
la ☐ Specializzazione c/o ☐ Cinque anni di anzianità di servizio

3) STRUTTURA

☐ AMBULATORIO AZIENDALE POLISPECIALISTICO / OVE DISPONIBILE

☐ AMBULATORIO UNITA' OPERATIVA DI APPARTENENZA

L'esercizio di tale Attività Libero Professionale Intramoenia, verrà svolta presso l'Unità Operativa di appartenenza, in modo tale da non interferire sull'organizzazione interna di reparto, non intralciando l'attività ambulatoriale istituzionale e senza creare disagio all'utenza

❖ di svolgere "ATTIVITA' AMBULATORIALE ISTITUZIONALE" nella disciplina _____, così come da calendario settimanale:

GIORNI	ORARIO	NUMERO PRESTAZIONI
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

❖ di voler svolgere "ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA" nella disciplina _____, così come da calendario settimanale:

GIORNI	ORARIO	NUMERO PRESTAZIONI
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Si allegano:

- ☐ 1) tariffa prestazioni ambulatoriali in "ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA" (cfr. alleg. n.1);
- ☐ 2) tariffa prestazioni domiciliari in "ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA" (cfr. alleg. n.2);
- ☐ 3) tariffa prestazioni chirurgiche in "ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA" (cfr. alleg. n.3);

Recapiti telefonici:

- ❖ _____
- ❖ _____
- ❖ _____

In fede.

Caserta, _____

(firma estesa e leggibile)

Per autorizzazione _____

(Firma del Direttore UOC, o Direttore di Dipartimento, o Direttore Sanitario)



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Alleg. n. 1)

Onorario Prestazioni Ambulatoriali in
"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA"

Dott. _____

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	CON SUPPORTO (SI/NO)	TARIFFA

Caserta, _____

(firma estesa e leggibile)



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Alleg. n. 2)

Onorario Prestazioni Ambulatoriali in
"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA - DOMICILIARE"

Dott. _____

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	TARIFFA

Caserta, _____

(firma estesa e leggibile)



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Alleg. n. 3)

Onorario Prestazioni Chirurgiche in
"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA"

Dott. _____

NUM D.R.G.	DESCRIZIONE	TARIFFA

Caserta, _____

(firma estesa e leggibile)