



REGIONE SICILIANA
Azienda Ospedaliera "Papardo"
Agenda ALPI



Al Direttore Sanitario
Azienda Ospedaliera "Papardo"
C/da Papardo - MESSINA

Il sottoscritto _____ (in stampatello leggibile)
con posizione funzionale di _____
in servizio presso l'U.O.C. _____
rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato # determinato -> scadenza: __/__/__
in possesso della specializzazione in _____
e-mail: _____ recapito telefonico _____

C H I E D E

attivazione nuova agenda rimodulazione orari o variazione tariffe /o aggiunta esami
per l'attività libero professionale nella disciplina: _____ nei seguenti giorni e orari:

giorni	dalle ore	alle ore	P.O. e ubicazione ambulatorio
<input type="checkbox"/> lunedì			
<input type="checkbox"/> martedì			
<input type="checkbox"/> mercoledì			
<input type="checkbox"/> giovedì			
<input type="checkbox"/> venerdì			
<input type="checkbox"/> sabato			

le prestazioni e le tariffe relative all'attività libera professionale saranno le seguenti:

codice regionale (nomenclatore)	Tipologia prestazione (denominazione nomenclatore regionale)	Tariffa ALPI €	Durata minuti

* codici regionali obbligatori. Aggiungere nota per le prestazioni erogate solo in agende interne e convalidarle con il responsabile CUP/ALPI.

Dichiara: che le stesse prestazioni sono erogate in attività istituzionale; che non sussistono incompatibilità né conflitti d'interesse; che nell'orario indicato l'ambulatorio risulta libero. Si impegna a rispettare le norme vigenti per la Libera Professione, il regolamento aziendale ALPI e succ. modifiche. Si impegna a comunicare, tempestivamente all'indirizzo mail cup@aopapardo.it, eventuali sospensioni dell'attività.

Messina li ____/____/____

Firma Responsabile CUP/ALPI
per attestazione congruità e conformità

Firma del medico

