



ASL NAPOLI 3 SUD Ufficio Commissario Straordinario
14 FEB. 2011
PERVENUTO

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**OGGETTO:** Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria – Dott. **Tarantino Amalia** - P.O. Nola

La stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio GRU e delle risultanze e degli atti su richiamati nelle premesse segue, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Direttore del Servizio GRU a mezzo di sottoscrizione della presente

**PREMESSO CHE:**

Con delibera n.447 del 23/09/2009 ad oggetto "Adozione regolamento attività libero professionale intramoenia", modificata con delibera n.848/10 e successiva 1410/10, questa ASL in attuazione della legge 120 del 3/08/2007 ha inteso regolamentare l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria effettuato dalla dirigenza medica, sanitaria e veterinaria;

Con delibera n. 751 del 23/12/2009 è stata costituita la Commissione Paritetica Aziendale di Monitoraggio con compiti di verifica e monitoraggio attività ALPI;

Con determina dirigenziale n. 320 del 12/03/2010 del Servizio Gestione Risorse Umane è stato costituito l'Ufficio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia(Ufficio ALPI);

**RICHIAMATO** il predetto Regolamento nella parte in cui stabilisce che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'attività intramoenia, ancorchè già autorizzati, devono formulare alla Direzione Generale istanza ad ottenere l'autorizzazione;

**VISTA**

la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dal Dott. Tarantino Amalia - Dirigente Medico in servizio presso l'U.O. di Pediatria del P.O. S.M. della Pietà di Nola - con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'attività professionale in regime di intramoenia nella disciplina specialistica di Pediatria :

- presso lo stesso Presidio Ospedaliero

**PRESO ATTO** dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio ALPI;

**RITENUTO**

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott. **Tarantino Amalia** a svolgere l'attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di **Pediatria**;

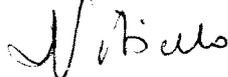
**SI PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

- **Di accogliere** la richiesta del Dott. Tarantino Amalia intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di Pediatria da effettuarsi :
- presso il Presidio Ospedaliero di Santa Maria della Pietà di Nola

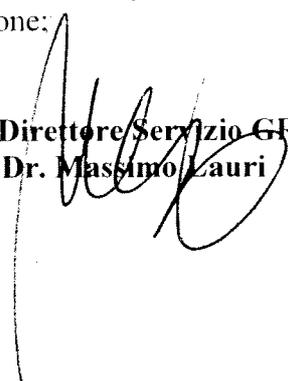
-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott.Tarantino Amalia, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente:

-**che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione:

**Il Responsabile Ufficio ALPI**  
**D.ssa M.Franca Vitiello**



**Il Direttore Servizio GRU**  
**Dr. Massimo Lauri**



## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO DELLA REGOLARITA' DELL'ISTRUTTORIA COMPUTA DAL SERVIZIO GRU, NONCHE' DELLA DICHIARAZIONE DI LEGITTIMITA' TECNICA ED AMMINISTRATIVA RESA DAL DIRETTORE SERVIZIO GRU PROPONENTE, CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA CHE PRECEDE

### DELIBERA

- **Di accogliere** la richiesta del Dott. **Tarantino Amalia** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **Pediatria** da effettuarsi :

- presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria della Pietà di Nola

- **Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Tarantino Amalia in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante e sostanziale della presente;

- **che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

L'Ufficio ALPI in uno al Servizio GRU proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente delibera, curandone tutti i consequenziali adempimenti.

**Dare** alla presente immediata esecuzione.

**Atto** non soggetto a controllo ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94.

**Il Commissario Straordinario**  
**Dr. Vittorio Russo**

*Vittorio Russo*



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia  
PI/CF 0249771212

**UFFICIO ALPI**

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507



PRESTAZIONI EFFETTUABILI  
POSIZIONE CONTRATTUALE DAL SINGOLO DIRIGENTE

Al Sig. Direttore Sanitario PO/Ds \_\_\_\_\_  
Al Direttore Amministrativo PO/Ds \_\_\_\_\_  
All'Ufficio ALPI \_\_\_\_\_

SEDE

Prestazioni effettuabili dal dr TARANTINO ANGLIA nato il 13/6/60 matricola 11545

oppure

dall' equipe \_\_\_\_\_

nella disciplina \_\_\_\_\_

Unità Operativa/reparto \_\_\_\_\_

Ospedale/distretto \_\_\_\_\_

Prestazione e/o intervento chirurgico

VISITA MEDICA SPECIALISTICA

Tariffa

50.00

Tempo (minuti)

25 minuti

PRESSO AMBULATORIO OSPEDALIERO

Delibera n.447/2009 - art2 - comma 3 - L'ALPI non può mai configurarsi come attività concorrenziale all'attività istituzionale né tantomeno può comportare per ciascun dipendente un volume di attività superiore a quella assicurata per i compiti istituzionali nonché un impegno superiore all'orario di servizio effettivamente prestato (DGRC n.4061/01)

Alpi/gv

FIRMA

Medico Taranto

Regione Campania  
**Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud**  
 Corso Alcide de Gasperi, 167 80053 Castellammare di Stabia  
 PI/CF 0249771212  
**UFFICIO ALPI**  
 Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

DOMANDA PER SELEZIONE E ATTIVAZIONE  
 LIBERO PROFESSIONALE INTRAPIAZZALE AMBITO AZIENDALE  
 PRESSO IL PROPRIETARIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale  
 Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. TARANTINO AMALIA nato il 13/04/60  
 dirigente di I livello, con incarico di \_\_\_\_\_ presso l'Unità operativa  
di PEDIATRIA dell' Ospedale / <sup>di NOLA</sup> Distretto / Servizio Centrale  
ESCLUSIVO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

**CHIEDE**

di poter effettuare l'attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso il ~~proprio studio professionale~~

presso l'ospedale Sante Marie della Pace - di NOLA  
 città NOLA prov NA CAP 80035  
 indirizzo V. S. Minerva tel 8223213  
 nei giorni di Mercoledì - Venerdì  
 con orario dalle ore 15-16 alle ore 16,30

è situato presso una struttura privata non accreditata?  no  si

**2° studio**

città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 indirizzo \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
 nei giorni di \_\_\_\_\_  
 con orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

è situato presso una struttura privata non accreditata?  no  si

le tariffe sono quelle comunicate all'azienda

PROT \_\_\_\_\_ DATA 27/12/10 FIRMA [Signature]

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 3 - I.P. 6

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 7285 in data 18/2/11

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Delliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 18 FEB. 2011 / \_\_\_\_\_ A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SUB COMMISSARIO SANITARIO	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
	SERV. AFFARI GENERALI	DISTRETTO N. 48	
	SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 49	<b>EX A.S.L. NA 4</b>
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 50	
	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 52	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 53	<b>EX A.S.L. NA 5</b>
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 54	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 55	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 57	
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 58	
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 59	
	SERV. MATERNO INFANTILE	P.O.SANTA MARIA DELLA PIETA'	
	SERV. PREVENZ. E PROTEZ. UNICO	P.O. CAV. RAFFAELE APICELLA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	
	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA	