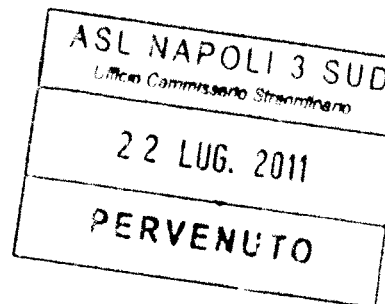


Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO



OGGETTO: Autorizzazione esercizio attività libero professionale intramuraria - Dott. **AMBROSIO FRANCESCO** - Distretto 50 - Volla

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Servizio GRU e delle risultanze e degli atti su richiamati nelle premesse che seguono, 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

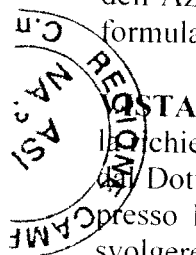
PREMESSO CHE:

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;



RICHIESTA la richiesta, completa della tipologia delle prestazioni e degli orari destinati a tale attività, presentata dal Dott. Ambrosio Francesco - Dirigente Medico Disciplina Ostetricia e Ginecologia, in servizio presso l'U.O. Materno Infantile - Distretto 50 di Volla - con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'attività professionale in regime di intramoenia nella disciplina specialistica di Ginecologia e Ostetricia :

-Presso il proprio studio privato con sede a San Giuseppe Vesuviano - Via E.Catapano n. 5

PRESO ATTO dell'istruttoria compiuta dall'Ufficio ALPI;

RITENUTO

Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dott.**Ambrosio Francesco** a svolgere l'attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di **Ostetricia e Ginecologia**;

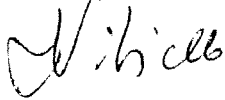
SI PROPONE AL COMMISSARIO STRAORDINARIO

 - **Di accogliere** la richiesta del Dott. Ambrosio Francesco intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di Ginecologia ed Ostetricia da effettuarsi :
presso il proprio studio privato con sede a San Giuseppe Vesuviano – Via E. Catapano n.5

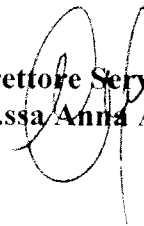
Di dare atto che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Ambrosio Francesco, in regime ambulatoriale, sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante 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.ssa Anna Alfieri



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

PRESO ATTO DELLA REGOLARITA' DELL'ISTRUTTORIA COMPIUTA DAL SERVIZIO GRU, NONCHÉ 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. **AMBROSIO FRANCESCO** intesa ad ottenere l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale nella disciplina specialistica di **GINECOLOGIA E OSTETRICIA** da effettuarsi :
 - presso il proprio studio privato con sede a San G. ppe Vesuviano - Via E. Catapano n.5

-**Di dare atto** che la tipologia di prestazioni libero professionali effettuabili dal Dott. Ambrosio Francesco 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;

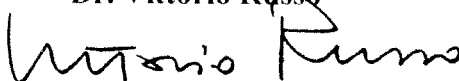
-**che** gli orari destinati a tali attività compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione;

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



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
P.L.U.E. 0219771212

UFFICIO ALPI

Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. **FRANCESCO AMBROSIO** nato il **28/04/1956**
dirigente di **I°** livello, con incarico di **DIR. MEDICO EXIO CON INC. ST.** presso l'Unità operativa
MATERNI INFANTILE
N° 50 DI VOCCA
dell' ~~Ospedale~~ / Distretto / ~~Servizio Comunale~~
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

città **SAN GIUSEPPE VESUVIO** prov **NA** CAP **80041**
indirizzo **VIA E. CATAPANO 5** tel **081 8271545 - 3385880799**
nei giorni di **LUN - MER - VEN.**
con orario dalle ore **17.30** alle ore **19.00**
è situato presso una struttura privata non accreditata? ☒ **no** ☒ **si** **STUDIO MEDICO AMBROSIO**
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

PROI _____ DATA _____

tipico

Med Asl Napoli 3 - L.P. 5

FIRMA

Francesco Ambrosio

[Signature]

REGIONE CAM

Tel.081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

S E D E

oppure

```

prestazione e/o intervento chirurgico

```

Tempo (minuti)

VISITA

VISITA con OFFICE ECOGR

50.00

00 00

visit to Colorado

175-24674-2000

60 05

49 00

LEO TV

3007

Relative = clinical

12040

71V043

100.00

74

150.00

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)

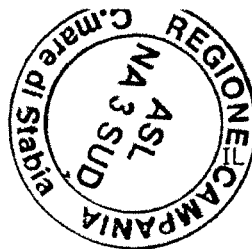
Upravn

IRMA

Power of Juries

QAD

Letto, confermato e sottoscritto.



SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

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. 28363 in data 27 LUG. 2011

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza del 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

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 26 LUG. 2011,

A:

SUB COMMISSARIO AMMINISTRATIVO	COORD.TO PROGETTI FONDI	
SUB COMMISSARIO SANITARIO	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
COLLEGIO SINDACALE	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
SERV. GABINETTO	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
SERV. AFFARI LEGALI	DISTRETTO N. 48	EX A.S.L. NA 4
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DISTRETTO N. 49	
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 50	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 51	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 52	
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 53	
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 54	EX A.S.L. NA 5
SERV. GEST. TECN. PATR. IMMOB. OSP.	DISTRETTO N. 55	
SERV. GEST. TECN. PATR. IMMOB. TERR.	DISTRETTO N. 56	
SERV. GEST. TECN. SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 57	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE
SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 58	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 59	
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	P.O. SANTA MARIA DELLA PIETA'	
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	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	