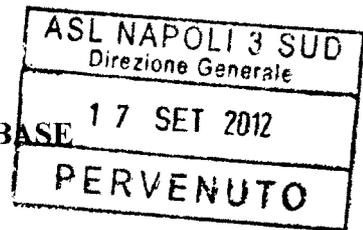


OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. COPPOLA Carmine. – Dipartimento Salute Mentale.

**IL DIRETTORE SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E RESPONSABILE UFFICIO A.L.P.I.**



Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I. aziendale e degli atti tutti 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 della UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Responsabile Ufficio A.L.P.I. a mezzo di sottoscrizione della presente.

PREMESSO:

- Che con deliberazione aziendale n.447 del 23.9.2009 ad oggetto "Adozione Regolamento attività libero professionale intramoenia." E s.m.i., questa Azienda in attuazione della Legge n.120 del 03.8.2007, ha inteso regolamentare l'esercizio dell'A.L.P.I.;
- Che con deliberazione aziendale n.225 del 26.4.2012 il Direttore Generale aziendale ha costituito l'Ufficio A.L.P.I. della ASL NA3 Sud;

RICHIAMATO:

- Il precitato Regolamento aziendale nella parte in cui è stabilito che tutti i professionisti dell'Azienda interessati ad esercitare l'A.L.P.I., ancorchè autorizzati, devono formulare al Direttore Generale istanza per ottenere l'autorizzazione;

VISTA:

- L'istanza inoltrata dal Dr. **COPPOLA Carmine** – Dirigente medico in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale – U.O. di Pomigliano d'Arco; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano D'Arco – Viale Plinio n.15**;

TENUTO CONTO:

- Dell'istruttoria effettuata dal Referente Amministrativo A.L.P.I. Dip. Franca Maria Vitiello operante presso il Servizio GRU, anche attraverso la verifica della veridicità delle dichiarazioni rese dal sanitario richiedente, e dalla verifica della disciplina di appartenenza del precitato sanitario richiedente, attestata dalla sigla apposta dal medesimo Referente Amministrativo, in calce all'istanza del sanitario accanto alla verificata disciplina di appartenenza;

RILEVATO:

- Che il Dr. **COPPOLA Carmine**, **Dirigente medico presso il Dipartimento di Salute Mentale** è appartenente alla disciplina **PSICHIATRIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **COPPOLA Carmine** a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICHIATRIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **COPPOLA Carmine**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano d'Arco al Viale Plinio n.15**, nel rispetto della normativa vigente;
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di



autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto.

**Il Direttore UOC Serv. Ass. San. di Base
E Responsabile Ufficio A.L.P.I.
Dr.ssa Antonietta SICILIANO**

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto delle dichiarazioni di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., nonché delle dichiarazioni di legittimità tecnica e amministrativa rese dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede e sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- Di autorizzare il Dr. **COPPOLA Carmine**, Dirigente medico del DSM- disciplina psichiatria, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICHIATRIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Pomigliano d'Arco al Viale Plinio n.15** nel rispetto della normativa vigente;

Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- Che gli orari destinati a tale attività, compatibilmente con le esigenze di servizio, sono quelli riportati nel modello 6 allegato alla richiesta di autorizzazione, allegato alla presente, quale parte integrante del presente atto;

- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- Il Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., sarà responsabile in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, curandone tutti i conseguenziali adempimenti.

**Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Giuseppe RUSSO**

**IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Maurizio D'AMORA**

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

MODULO PER L'OPZIONE TRA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
INTRAMOENIA

Prot.n. 1646 del 11/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr POPPOLA CARME CF CPPCFN54L086812X
nato il 08-7-1954

In servizio presso l'U.O. di SALUTE MENTALE dell'Ospedale/Distretto/ Servizio DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE DI PORTICELLO
Dott. APP. LA e PSI CHIOTTA
AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equivalente: PSICHIATRIA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS, ad esercitare l'attività intramoenia in un'altra disciplina di cui sia in possesso di specializzazione o di anzianità di servizio di almeno 5 anni.

Disciplina _____

Di poter svolgere la suddetta attività in struttura aziendale diversa, previa autorizzazione del Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le OOSS

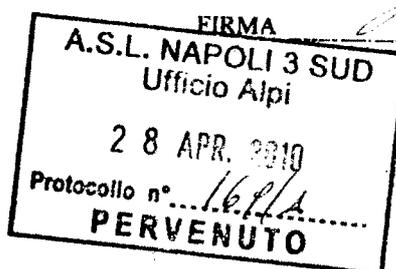
Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. 598445P28-04 Compagnia CARIGE ASSICURAZIONI

La stipula della polizza è necessaria per l'inizio effettivo dell'attività libero professionale

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 3, LP 1



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
PI/CF 06322711216
UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

INFORMATICA
PERSONALE PROFESSIONALE
PERSONALE NON PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr CORBO CARME nato il 08/7/1954
dirigente di I livello, con incarico di STRUTTURALE SERVICE presso l'Unità operativa
SALUTE PLENARE dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
POMIGLIANO ANACO (NA) 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

Indirizzo POMIGLIANO ANACO prov NA CAP 80038
VIALE PLINIO, 15 tel 081 8846566
320-1579614
nei giorni di PASSEPI - GIOVEDI
con orario dalle ore 17,00 alle ore 20,00

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 27/9/10 FIRMA [firma]

Alpi/gv

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

MODULO PER L'AUTOCERTIFICAZIONE REQUISITI STUDIO PROFESSIONALI

Prot.n. 1646 del 11/03/2010

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. COPPOLA CARLINE nato il 08-1-1954

dirigente di I livello, con incarico di STAVITURA SEMPLICE presso l'Unità operativa
SALUTE MENTALE DI PORTIGLIANO D'ARCO dell'Ospedale / Distretto / Servizio Centrale DIPANT.

SALUTE MENTALE a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,
autorizzato ad effettuare l'attività libero professionale secondo le modalità previste dal regolamento aziendale, presso
lo studio professionale, sito in

PORTIGLIANO D'ARCO (NA)

Via PLINIO n. 15

Cap 80038 Tel. 081-8846566 3201579614

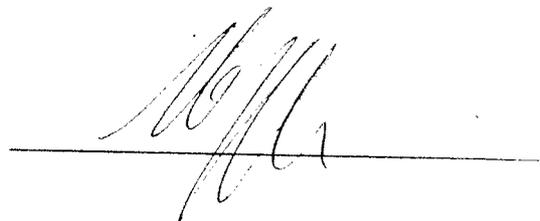
Comune PORTIGLIANO D'ARCO Prov. NA

Il sottoscritto, a pena di infirmità, dichiara che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata o privato accreditato, comunica in autocertificazione che lo studio professionale

- non rientra tra quelli che necessitano di autorizzazione ai sensi del DGRC 7301/01 (1)
- è in possesso dei requisiti igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente
- è in possesso della dichiarazione di conformità alle norme di sicurezza delle apparecchiature sanitarie
- è in regola circa di adempimenti, conformi alla normativa vigente, atti alla gestione di rifiuti speciali e/o pericolosi

Il sottoscritto, inoltre, dichiara di sollevare l'Azienda da ogni onere economico aggiuntivo e da ogni responsabilità civile, penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

data 11-3-2010



(1) " sono soggetti ad autorizzazione all'esercizio gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportano un rischio per il paziente ai sensi del D.Lgs 2209/09 - art.8/ter comma 2"

Alpi/gv



CARIGE ASSICURAZIONI

Società per Azioni - Fondata nel 1883
 Società registrata all'Ufficio di Direzione e
 Via Cavour, 222 - 20135 MILANO
 coordinamento della Banca CARIGE S.P.A. Tel. 02.8030.1 - Telex 02.308128
 Cap. Soc. Euro 162.284.190,00 int. vers. www.carigeassicurtazioni.it

Contratto/Assicurato

COPPOLA CARMINE

Cognome **548445828-04** Agenzia **37**

VIALE PLINIO 15

Numero Direzione Nome **POMIGLIANO D'ARCO** CAP **80058** Prov. **NA**

50 | 2 | PROFESSIONISTA SANITARI Vincolo Frazionamento **NO ANNUALE** Colloq. **16** Conv. **NO**

Premio Netto + Accoppiati

Euro	264,04	Imposte		Premio Netto	
Contributo Assicurativo		Euro	58,74		
Dalle ore 24.00 del		Delegatarie		Euro	322,78
31/04/2010	Alle ore 24.00 del				
	30/04/2011				

Data Incasso **30-4-10**

Beneficiario **CARIGE ASSICURAZIONI**

ASSICURATI

IN

BUONA COMPAGNIA

L'Esattore

CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A.

Se il Contraente/Assicurato non paga alla scadenza sopra indicata, vale quanto disposto dall'art. 1201, II comma, del Codice Civile



Cod. Fiscale e numero d'iscrizione al Registro delle Imprese di Milano: 01677690159 - Partita IVA 01677690159 - R.E.A. 026489 - Numero d'iscrizione nell'Albo delle Imprese
 Agrarie dell'Avv. 1.00081 - Imprese ammesse con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.85 (G.D. del 6.4.85 n. 83)

03/357

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullo)

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. 58919 in data 20 SET. 2012

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

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

[Signature]

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 18 SET. 2012 / _____ **A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	
	COLLEGIO SINDACALE	COORD.TO PROGETTI FONDI	
	SERV. GABINETTO	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	
	SERV. AFFARI GENERALI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	
	SERV. AFFARI LEGALI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	
	SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE	
	SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
<input checked="" type="checkbox"/>	SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DISTRETTO N. 48	
	SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 49	
	SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 50	
	SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 51	EX A.S.L. NA 4
	SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 52	SERV. FASCE DEBOLI
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 53	SERV. PATOLOGIA CLINICA
	SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 54	
	SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 55	
	SERV. ISPETTIVO	DISTRETTO N. 56	
	SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 57	EX A.S.L. NA 5
	SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 58	
	SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 59	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
	SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	OO.RR. AREA NOLANA	
	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	OO.RR. AREA STABIESE	
	COORD.TO COMITATO ETICO	OO.RR. GOLFO VESUVIANO	