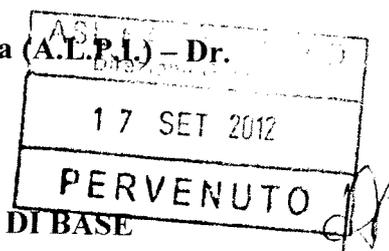




**OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. PAGANO Vincenzo. – P.O. Boscotrecase.**



**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. **PAGANO Vincenzo** – Dirigente medico – disciplina **CARDIOLOGIA** in servizio presso il P.O. di Boscotrecase; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Boscotrecase – Via G. De Falco n.90.**;

**RITENUTO 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. **PAGANO Vincenzo**, è **Dirigente medico – disciplina CARDIOLOGIA presso il P.O. di Boscotrecase;**

**RITENUTO:**

- Che sussistono i presupposti per autorizzare il Dr. **PAGANO Vincenzo**, dirigente medico-disciplina **CARDIOLOGIA**, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **CARDIOLOGIA;**

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

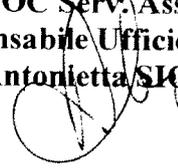
- Di autorizzare il Dr. **PAGANO Vincenzo**, Dirigente medico del P.O. di Boscotrecase - disciplina **CARDIOLOGIA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Boscotrecase alla Via G. De Falco n.90**, nel rispetto 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. **PAGANO Vincenzo**, Dirigente medico del P.O. di Boscotrecase- disciplina **CARDIOLOGIA**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **CARDIOLOGIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Boscoreale alla Via G. De Falco n.90** nel rispetto della normativa vigente;

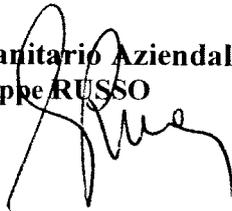
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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**



SL  
SU  
SAB

*Verificata  
brevetto  
carta allegi  
Vf*

Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud  
Corso Alcide de Gasperi 167 - 80053 Castellammare di Stabia

TEL. 081/8729080 - 8719512 - FAX 081/8729080

Al Direttore Generale  
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr. VINCENZO PAGANO nato il 19/7/1959  
dirigente di I livello, con incarico di CARDIOLOGO presso l' Unità operativa  
UTIC - CARDIOLOGIA dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale  
a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud,

CHIEDERE



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

città BOSCORE ALE prov NA CAP 80041  
indirizzo VIA GIOVANNI DE FALCO n. 081/8581031  
338 / 3344784  
nei giorni di MERCOLEDI - VENERDI  
con orario dalle ore 18<sup>00</sup> alle ore 20<sup>00</sup>

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 13/7/12 ELMA V. Pagano

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 6

Stamp: **ASL NAPOLI 3 SUD**  
Stamp: **92/A**  
Handwritten signature: V. Pagano



