

ASL NA3 Sud Direzione Generale
02 NOV 2012
PERVENUTO (A.L.P.I.) - Dr.ssa

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria
ARDITO Ebe. – DSM DS56.

**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 dalla Dr.ssa **ARDITO Ebe** – Dirigente sanitario **PSICOLOGO** in servizio presso il DSM DS56; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre Annunziata – Via Gambardella n.96**;

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 la Dr.ssa **ARDITO Ebe**, **Dirigente psicologo presso il DSM DS56** è appartenente alla disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

RITENUTO:

- Che sussistono i presupposti per autorizzare la Dr.ssa **ARDITO Ebe**, dirigente psicologo, a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

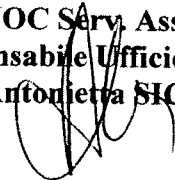
- Di autorizzare la Dr.ssa **ARDITO Ebe**, Dirigente psicologo del DSM DS56 - disciplina Psicologia Clinica- Psicoterapia, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre Annunziata alla Via Gambardella n.96**, 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 la Dr.ssa **ARDITO Ebe**, Dirigente psicologo del DSM DS56, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina **PSICOLOGIA CLINICA-PSICOTERAPIA**, da erogarsi presso il proprio studio privato sito in **Torre Annunziata alla Via Gambardella n.96** nel rispetto della normativa vigente;

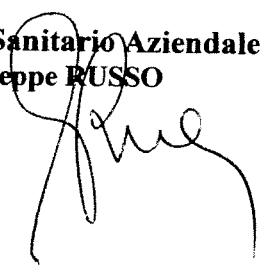
- Di dare atto che la tipologia delle prestazioni effettuabili dal precitato sanitario in regime di A.L.P.I. sono quelle analiticamente specificate nel modello 3 allegato alla richiesta di autorizzazione, con l'applicazione delle tariffe indicate nel medesimo modello, parte integrante del presente atto,

- 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;

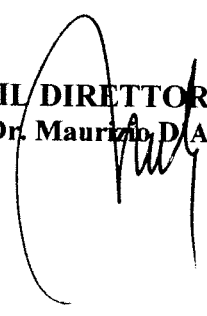
- Di rendere il presente provvedimento immediatamente esecutivo;

- 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 06322711216
UFFICIO ALPI
Tel. 081/8729080 - 8729502 Fax 081/8729507

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. ARDITO ORE C.F. RDTBE55H47F839N
nato il 7-6-1955

In servizio presso l'U.O. di Sezione Neurole dell'Ospedale/Distretto/ Servizio ex 84-86

AVENDO OPTATO PER IL RAPPORTO ESCLUSIVO

Chiede

di poter effettuare l'attività libero professionale, come da regolamento aziendale, nella seguente disciplina di appartenenza o equipollente: PSI ECOLOGIA CLINICA

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI, 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, sentita la Commissione Paritetica Monitoraggio ALPI

Struttura _____ U.O. _____

Polizza RC terzi ed infortuni n. _____ Compagnia _____

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

FIRMA _____

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - 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

DOMANDA PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ
LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURALE AMBULATORIALE
PRESSO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ARDITO EB5 nato il 7-6-1955
dirigente di livello, con incarico di Psicologo - psu Tempurba presso l' Unità operativa
Sezione Manuele ex 84-86 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale
Dist. App. LA, Psicolo 60 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 GORRES ANNUNZIATA prov NA CAP 80058
indirizzo VIA CAMBARDELLA 96 tel 3397301417
nei giorni di LUNEDI - MERCOLEDI
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 _____ FIRMA [Handwritten Signature]

Alpi/gv



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

MODELLO PER L'AMMISSIONE AGLI AZIENDI REQUISITI DEL D.D. 2010/10

Prot.n. _____ del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto dr ARAIUO & BE nato il 7-6-1955
dirigente di I livello, con incarico di Procedolo - Proca Tenefate presso l' Unità operativa
VOSM ex 84-86 dell' Ospedale / Distretto / Servizio Centrale

_____ 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

TORRE ANNUNZIATA

Via GABBAROLA n. 96

Cap _____ Tel. 3397301417

Comune TORRE ANNUNZIATA Prov. NA

nel ribadire che la struttura indicata è uno studio privato e non un ambulatorio/struttura privata accreditata, 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

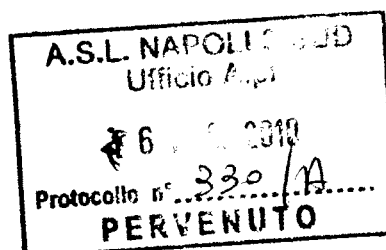
Il sottoscritto, inoltre, dichiara di sollevare l' Azienda da ogni onere economico aggiuntivo e da ogni responsabilità
civile, penale e comunque rilevante anche ai fini assicurativi.

data 23-4-2010

[Signature]

Alpi/gv

Mod Asl Napoli 5 - LP 7



di **ARDITO EBE** # **322100**

Dal: **01/01/1998** Al:

Evento: **04000** **Applicazione Contrattuale**
Titolare

Sostituto:

Note: **- PROV. GIUR. DEL 01/01/1998**

Provvedimento:

Figura **DPSIC** **Dirigente Psicologo**

Contratto: **CDIR** **Contratto Comparto Dirigenti**

Qualifica **P110E3** **Psicologo I Livello Dirigenziale Ex Coadiutore piu di 15 anni**

Tipo Rapporto .

Attività: **3005** **PSICOLOGO**

Ore Settimanali: **Trattamento: R**

Centro di Costo: **11900000** Funzionale:

Suddivisione

ANAS **01.19.03.02** **Rec.Ass.Cort: 0**

Gestione: **ANAS - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5**

STRUTT: **01.19.00.00 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

UOC: **01.19.03.00 - DSM-COORDINAMENTO**

UOS: **01.19.03.02 - DSM-U.O.(POMPEIS.M.LA CAR**

Aggiornamento
Data: **26/12/2007**
Utente: **ADS**

Sede **DIP001** **DIP. DI SALUTE MENTALE**



