

PERVENUTO

OGGETTO: Autorizzazione Attività Libero Professionale Intramuraria (A.L.P.I.) – Dr. AMBROSIO Augusto. – P.O. Castellammare di Stabia.

**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, costituente 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. **AMBROSIO Augusto** – Dirigente medico – disciplina **ORL** in servizio presso il P.O. di Castellammare di Stabia; con la quale chiede l'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi presso il **P.O. di appartenenza**;

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:

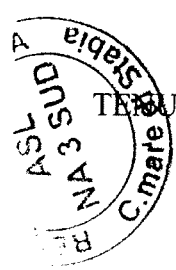
- Che il Dr. **AMBROSIO Augusto**, è **Dirigente medico – disciplina ORL presso il P.O. di Castellammare di Stabia**;

RITENUTO:

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

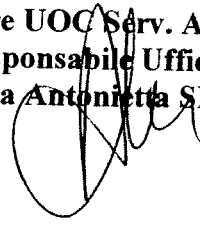
PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

- Di autorizzare il Dr. **AMBROSIO Augusto**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia - disciplina **ORL**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi **presso il P.O. di appartenenza**, 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

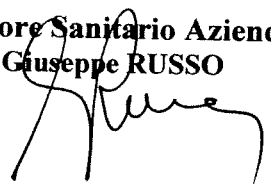
Preso atto delle dichiarazioni di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Direttore UOC Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Ufficio A.L.P.I., nonché delle dichiarazioni di legittimità tecnica e amministrativa rese dal Direttore proponente con la sottoscrizione della proposta che precede e sentito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

DELIBERA

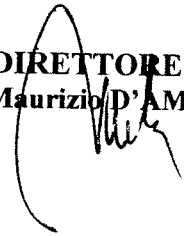
- Di autorizzare il Dr. **AMBROSIO Augusto**, Dirigente medico del P.O. di Castellammare di Stabia- disciplina **ORL**, allo svolgimento dell'A.L.P.I. nella disciplina specialistica di **ORL**, da erogarsi **presso il P.O. di appartenenza**, nel rispetto della normativa vigente;
- Di dare atto che la 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.

REC
Z
N
S
V
M
S
S
U
L
T
E

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



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



prot. n° 3215/AS del 09/X/2012

*Prot. 3001/AS
del 17/10/12*

UFFICIO A.L.P.I.

Oggetto: trasmissione istanza.

A parziale riscontro della nota prot. n° 139/a del 20/04/2010 e nelle more della formalizzazione degli atti, in allegato, si trasmette l'istanza, debitamente compilata, a firma del dott. Ambrosio Augusto, incardinato nell'organigramma dell'U.O. di O.R.L.

Distinti saluti.
ar/segr.ds



P.O.
IL DIRETTORE SANITARIO



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

Prot. n. _____

del _____

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto Dr. **AMBROSIO AUGUSTO** c.f. **HBR GST 57 H29 # 9312**
nato il **29-06-57**

In servizio presso l'U.O. di **OTORINO** dell'Ospedale/Direttore/Servizio **SAN LEONARDO**
MRC. APP. LA) OTORINO LARINGOIATRIA

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: **OTORINO LARINGOIATRIA**

o in alternativa

di essere autorizzato dal Direttore Generale, sentiti il Consiglio dei Sanitari e le COSS, 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 COSS

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 3 LP 1

ASL Napoli 3 sud
C. mare

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale - Napoli 3 sud
Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
P.I.C.F. 0249771212

DIREZIONE SANITARIA
OO. RR. Area Stabiese
08 OTT. 2012
PERVENUTO

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

Al Direttore Generale
Al Responsabile Ufficio ALPI

Il sottoscritto AMBROSIO AUGUSTO nato il 29-06-57
dirigente di I livello, con incarico di _____ presso l'Unità operativa

OTORINOLARINGOIATRIA dell'Ospedale / Direttore / Servizio Centrale
SAN LEONARDO a rapporto di lavoro esclusivo con la ASL Napoli 3 sud.

DELLA APPALTA I OCORNA RINGOIAZANI UP
di poter effettuare l'attività libero professionale ambulatoriale, secondo le modalità previste dal regolamento aziendale,
presso ~~il proprio studio professionale~~

OSPEDALE SAN LEONARDO
città CASTELLAMMARE STABIA prov _____ CAP _____

indirizzo _____ tel _____

nei giorni di LUNEDÌ

con orario dalle ore 14,30 alle ore 18,30

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

PROF _____ DATA 8/10/12 FIRMA Augusto Ambrosio

Alpugv

Mod Asl Napoli 3 - LP 6

di **AMBROSIO AUGUSTO** # **777300**

Data: 01/01/2004 **At:**
Evento: 03000 **TRASFERIMENTO**
Titolare

Sostituto:
Note: - PROV. GIUR. DEL 25/09/2003 [N. 584 :] - Aggiornamento rapporto esclusivo -

Provvedimento: D.D. - 559 / 2012

Figura MEDDIR1L **Dirigente medico**

Contratto: MEDV **USL - Medici e Veterinari**

Qualifica M19+5E3 **Medico I Liv. Dir. Ex 9^ +5 anni - ssn >15 anni**

Tipo Rapporto .
Attività: 4112 **OTORINOLARINGOIATRIA**

Ore Settimanali:
Centro di Costo: 10100000 **Funzionale:**
Trattamento: MED

Suddivisione

ANAS 01.01.10.27

Rec.Ass.Cort: 0

Gestione: ANA5 - A.S.L. NAPOLI 3 SUD EX ASL NA 5

Aggiornamento

STRUTT: 01 - PRES. OSPED. - PRESIDI OSPEDALIERI

Data: 20/07/2012

UOC: 01.01.10.00 - P.O. - SAN LEONARDO - CMARE

Utente: STARACE

UOS: 01.01.10.27 - OTORINOLARINGOIATRIA - P.O. -

Sede P0001 **P.O. SAN LEONARDO**

ASL NA 3 SUD

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

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. ASR in data 16/11/12

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

13

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 15 Nov. 2012 **A:**

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