



,"Direzione Amministrativa Ospedaliera"

ast Regione Marche
Azienda Sanitaria Territoriale di Ascoli Piceno

0076881|03/09/2025
|AST-AP|S.A.G.C.|A

Al Commissario Straordinario dell'AST di Ascoli Piceno
Al Direttore U.O.C. DAO
Loro Sedì

OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ AMBULATORIALE LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA PRESSO SPAZI AZIENDALI.

Il/La Sottoscritto/a CIASCA SERENA matr. 55421 In servizio nell'AST di Ascoli Piceno nella struttura P.O. S.BENEDETTO DEL TRONTO in qualità di DIRIGENTE MEDICO con rapporto di lavoro indeterminato/determinato a tempo pieno/ridotto(*)

CHIEDE

L'attivazione, a far data 15/09/2025 della Libera Professione intramoenia, nella disciplina di appartenenza, presso gli spazi Aziendali secondo i calendari a fianco indicati:

N.	Sede Presidio	giorno	dalle ore	alle ore	N. prestazioni
1	P.O. SAN BENEDETTO	MARTEDÌ	14:30	17:00	3
2	DEL TRONTO				
3					
4					
5					
6					

Le prestazioni effettuabili, alle tariffe utente indicate, vengono elencate di seguito:

a cura del richiedente					a cura del Responsabile CUP					
N.	PRESTAZIONE		Onorario	Durata	Codice Minist.	Disciplina	Erogata da S.S.N.		EXTRA LEA	N° Prestazioni in regime Istit./sett.
	Descrizione	Codice Cup	Euro	minuti			SI	NO		
1	VISITA GERIATRICA	16895	70	30			X			
2	di controllo									
3	PRIMA VISITA GERIATRIA	18105	100	40			X			
4	VISITA GERIATRICA DOMICILIARE	31460	130	45			X			
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
					Note: Il Responsabile del CUP					

1-10

Si richiede inoltre:

Utilizzo di personale di supporto NO - SI

Nota: In caso di risposta affermativa, dovrà essere compilato ed allegato l'apposito Modulo ALPI n.2

_____;

Ausilio diagnostico strumentale NO - SI

_____;

Utilizzo di beni e materiali di consumo NO - SI

_____;

Utilizzo di apparecchiature personali NO - SI

Nota: In caso di risposta affermativa, dovrà essere compilato ed allegato l'apposito Modulo ALPI n.3

Si dichiara:

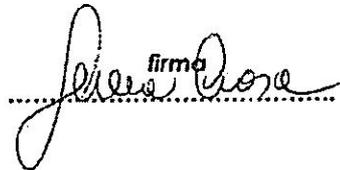
Di aver autonomamente sottoscritto con la Compagnia _____ polizza
Assicurativa per _____, che si allega in copia alla presente.

Allegati:

- 1) _____
- 2) _____

Il sottoscritto si impegna a svolgere un volume di attività libero professionale intramuraria, in termini di prestazioni e di impegno orario, in rispetto delle disposizioni del vigente regolamento ALPI di Area Vasta ed a comunicare tempestivamente all'Ufficio Libera Professione ogni eventuale variazione degli stati e delle condizioni dichiarate nella presente richiesta.

Data _____

firma




Si esprime parere favorevole e si attesta che le suddette prestazioni sono rese dall'U.O. anche in regime istituzionale.

IL DIRETTORE DELL'U.O. GERIATRIA

A.S.T. Ascoli Piceno - Marche
Dott. Pietro Infriccioli
SPECIALISTA IN GERIATRIA E GERONTOLOGIA
Direttore U.O.C. Geriatria per Acuti con Sez. post-Acuti
S.O. Madonna del Soccorso - S. Benedetto del Tr.
C.F. NFRPTR61R11A047W - TEL. 0735.793388-347.6683026

Dr. INFRICCIOLI PIETRO

firma

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO AREA MEDICA Dr. ALFREDO FIORANI
(Solo in caso di utilizzo di strutture o attrezzature a valenza Dipartimentale)

Dott. Alfredo Fiorani
Direttore U.O. di Medicina Fisica e Riabilitativa
AST - ASCOLI PICENO
C.F. FRNLRD61P16H769C - Tel. 0735/793402
Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto

Parere Favorevole

Non Favorevole

Il Direttore Medico del **PAS** Direttore del Distretto Sanitario
ASCOLI PICENO - MARCHE
"DIREZIONE MEDICA POU"

Acquisito eventuale parere del Collegio di Direzione

SI NO in data _____

CONCLUSIONE ITER

da autorizzare

Il Dirigente dell'Ufficio Libera Professione

SI NO