

Data: 09/01/2020

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401225 DEPAU GIANFRANCO	Codice Fiscale:	DPEGFR63R06E3870
Unità Operativa:	401020203 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Email:	
Qualifica:	M1013M DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL 5-15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB013 Ginecologia e ostetricia	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S37028	VISITA GINECOLOGICA	30	0	53,80	80,00	<input type="checkbox"/>	120
S37040	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	30	0	48,50	80,00	<input type="checkbox"/>	100

Numero prestazioni: 2

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	4. GIO	5. VEN	6. SAB
[DS_JER07] AMB. 07 Ginecologia Cardiologia (Marongiu) Neurologia Endosc	08:30			
	09:00			
	09:30			
	10:00			
	10:30			
	11:00			
	11:30			
	12:00			
	12:30			
	13:00			
	13:30			
	15:00			
	15:30			
	16:00			
	16:30			
	17:00			
	17:30			
18:00				

---

DS\_JER07 AMB. 07 Ginecologia Cardiologia (Marongiu) Neurologia Endoscopia (Pilo), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: \* Lavoro Venerdì mattina 8/12

Data: 09/12/2020

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401124 VACCA ANTONIO	Codice Fiscale:	VCCNTN59A25E441I
Unità Operativa:	1040102020 DEGENZE CHIRURGIA GENERALE	Email:	tovacca@yahoo.it - a.vacca.1@atssarde
Qualifica:	M1014A DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB003 Chirurgia generale	Tel:	0782490211
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	3881658515

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	30	0	320,31	500,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
S05001	VISITA ANGIOLOGICA	0	0	69,37	100,00	<input type="checkbox"/>	40
S09012	FISTULOTOMIA ANALE	30	0	106,50	150,00	<input type="checkbox"/>	5
S09016	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	0	0	105,00	150,00	<input type="checkbox"/>	10
S09B01	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO		0	39,50	60,00	<input type="checkbox"/>	
S09G99A	VISITA PROCTOLOGICA	15	0	69,37	100,00	<input type="checkbox"/>	60
S09V01	VISITA CHIRURGIA GENERALE	15	0	69,37	100,00	<input type="checkbox"/>	15
S14005	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI	30	0	40,25	60,00	<input type="checkbox"/>	30
S14021	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE.	60	0	76,37	120,00	<input type="checkbox"/>	35
S36036	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	30	0	15,00	33,00	<input type="checkbox"/>	30
S36037	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	0	0	13,00	26,00	<input type="checkbox"/>	25
S48007	-ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	20	0	13,00	25,00	<input type="checkbox"/>	40
SDOMCHIR	VISITA CHIRURGICA DOMICILIARE	30	0	129,50	200,00	<input checked="" type="checkbox"/>	22

Numero prestazioni: 13

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	3.MER
[DS_TOR12] AMB. 12 Chirurgia Dermatologia, , ,	15:00	30
	15:30	31
	16:00	32
	16:30	33
	17:00	34
	17:30	35
	18:00	36
	18:30	37
	19:00	38

DS\_TOR12 AMB. 12 Chirurgia Dermatologia, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: \*LP00288 manca

Data: 01/01/2021

All' attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401063	MARCIALIS ROBERTO	Codice Fiscale:	MRCRRT59L10E441Z
Unità Operativa:	401030202	DEGENZE MEDICINA GENERALE	Email:	
Qualifica:	M1014A	DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--			
Disciplina:	1AA014	Medicina Interna	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--		Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)		0	109,50	182,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP01003	RELAZIONI PERITALI TIPO 1		0	232,00	366,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP01005	RELAZIONE PERITALE TIPO 3		0	323,50	488,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP01007	RELAZIONI PERITALI TIPO 5	10	0	393,50	610,00	<input checked="" type="checkbox"/>	10
LP01012	RELAZIONI PERITALI TIPO 10		0	566,00	854,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
S26V01	VISITA MEDICINA INTERNA (GENERALE)	10	0	70,00	100,00	<input type="checkbox"/>	15

Numero prestazioni: 6

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	5.VEN
[MED_02] Medicina ambulatorio n 02,	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	

---

MED\_02 Medicina ambulatorio n 02 , , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 01/01/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401186 SINATRA SALVATORE	Codice Fiscale:	SNTSVT68S20L506H
Unità Operativa:	104010201 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Email:	
Qualifica:	M1013M DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL 5-15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AF005 Anestesia e Rianimazione	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Oonorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S09093 83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO		0	23,00	38,00	<input type="checkbox"/>	
S36015 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		0	21,00	38,00	<input type="checkbox"/>	
S56042A	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	30	0	20,00	25,00	<input type="checkbox"/>	80
S64004	INIEZIONE DI STEROIDI	30	0	20,00	35,00	<input type="checkbox"/>	80
S82B02	VISITA TERAPIA ANTALGICA DI CONTROLLO		0	29,00	47,00	<input type="checkbox"/>	
S82V02	VISITA TERAPIA ANTALGICA		0	39,00	62,00	<input type="checkbox"/>	

Numero prestazioni: 6

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	4. GIO
[DS_TOR05] AMB. 05 Oculistica Terapia del Dolore (medico),	17:00	
	17:30	
	18:00	

---

DS\_TOR05 AMB. 05 Oculistica Terapia del Dolore (medico), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 01/01/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401109 SORO ALBERTO	Codice Fiscale:	SROLRT60E21L140Q
Unità Operativa:	103050102 CENTRO SALUTE MENTALE TORTOLI`	Email:	
Qualifica:	M1014A DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AA042 Psichiatria	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)		0	93,50	158,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
S18901	VISITA PSICHIATRICA		0	53,50	80,00	<input type="checkbox"/>	
S40006	COLLOQUIO PSICHIATRICO		0	54,50	80,00	<input type="checkbox"/>	
S40007	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60	0	63,00	91,00	<input type="checkbox"/>	50
S40009	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	60	0	71,00	98,00	<input type="checkbox"/>	50

Numero prestazioni: 5

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR	3.MER	5.VEN
[dsm01] DSM, CSM TortoliÄ-	15:30			
	16:00			
	16:30			
	17:00			
	17:30			
	18:00			
	18:30			
	19:00			

---

dsm01 DSM, CSM Tortolì, ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: \*Manca LP 00288\_z

Data: 09/03/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	301838 GUSAI GIOVANNI PIETRO PAOLO	Codice Fiscale: GSUGNN66L261751E
Unità Operativa:	CHG Chirurgia Generale	Email:
Qualifica:	M1014A DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15	
Incarico:	--	
Disciplina:	1AB003 Chirurgia generale	Tel:
Rapporto di lavoro:	--	Cell:

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	0	0	320,50	500,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
R69074	ECOGRAFIA CAPO COLLO	15	0	65,00	100,00	<input type="checkbox"/>	20
R69087	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		0	54,00	100,00	<input type="checkbox"/>	
S09B01	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	15	0	72,00	100,00	<input type="checkbox"/>	20
S09V01	VISITA CHIRURGIA GENERALE	20	0	86,00	120,00	<input type="checkbox"/>	40
S12002	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	20	0	132,50	180,00	<input type="checkbox"/>	20
S14021	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE.	60	0	76,00	120,00	<input type="checkbox"/>	35
S52010	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E	15	0	88,00	120,00	<input type="checkbox"/>	20

Numero prestazioni: 8

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	5.VEN
[CHIR02] Chirurgia Generale Ambulatorio chirurgia n.2 (chirurgia generale)	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	
	18:30	

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	5.VEN
[CHIR02] Chirurgia Generale Ambulatorio chirurgia n.2 (chirurgia generale	19:00	
	19:30	
	20:00	

CHIR02 Chirurgia Generale Ambulatorio chirurgia n.2 (chirurgia generale proctologia e angiologia endocrinochir terapia del dolore) -, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 24/03/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300433 MARRAS RINA PIERA	Codice Fiscale:	MRRRPR57T69D345M
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	rinapiera.marras@atssardegna.it
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	--		
Disciplina:	MDS Medicina dello Sport	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	3389273230

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S08001	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	0	0	40,00	78,00	<input type="checkbox"/>	0
S08002	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	0	0	30,00	51,00	<input type="checkbox"/>	0
S08003	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	0	0	40,00	78,00	<input type="checkbox"/>	0
S08007 89.85	ELETTROCARDIOGRAMMA -ECG	0	0	10,00	24,00	<input type="checkbox"/>	0
S15B01	VISITA MEDICINA SPORTIVA DI CONTROLLO	0	0	30,00	47,00	<input type="checkbox"/>	0
S15V01	VISITA MEDICINA SPORTIVA	0	0	30,00	49,00	<input type="checkbox"/>	0
S68002	SPIROMETRIA SEMPLICE	0	0	10,00	29,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 7

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	4. GIO
[DS_TOR09] AMB. 09 Medicina Sportiva e Cardiologia (prove da sforzo),	14:30	
	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	

---

DS\_TOR09 AMB. 09 Medicina Sportiva e Cardiologia (prove da sforzo), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 01/04/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300658 URRAI PAOLA LORENA	Codice Fiscale:	RRULNP69A46L953T
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	lorenapaola.urrai@atssardegna.it
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:			
Disciplina:	1G0005 Psicoterapia	Tel:	
Rapporto di lavoro:		Cell:	3343450035

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00090	LP - RELAZIONE APPROFONDATA	120	0	170,00	262,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
LP00215	LP - RELAZIONE COMPLESSA	160	0	200,00	305,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	120	0	118,00	187,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
LP00970	LP - RELAZIONE SEMPLICE	60	0	39,00	60,00	<input checked="" type="checkbox"/>	50
S16001	VISITA PSICOLOGICA	60	0	56,00	80,00	<input type="checkbox"/>	30
S40001	TEST PERSONALITA'	130	0	118,00	149,00	<input type="checkbox"/>	30
S40004	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		0	54,50	80,00	<input type="checkbox"/>	
S40007	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60	0	73,00	100,00	<input type="checkbox"/>	50
S40008	PSICOTERAPIA FAMILIARE	80	0	122,00	159,00	<input type="checkbox"/>	30
S40009	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	120	0	25,00	40,00	<input type="checkbox"/>	20
S40010	TEST DI INTELLIGENZA	150	0	120,00	152,00	<input type="checkbox"/>	30
S40011	TEST DI DETER. O SVILUPPO INTELLETTIVO	150	0	120,00	156,00	<input type="checkbox"/>	30
SDOMPSIX	COLLOQUIO PSICOLOGICO DOMICILIARE - ENPAP	60	0	124,50	160,00	<input type="checkbox"/>	10

Numero prestazioni: 13

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2. MAR	4. GIO
[CDS01] CASA DELLA SALUTE, TORTOLI'	14:30		
	15:00		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
[CDS02] CASA DELLA SALUTE, LANUSEI	14:30		
	15:00		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:30		

CDS02 CASA DELLA SALUTE, LANUSEI, AMB. DI PSICOTERAPIA,

CDS01 CASA DELLA SALUTE, TORTOLI', AMB. DI PSICOTERAPIA,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: Orario Alpi: l'ultimo Giovedì del mese dalle 14.30 alle 17.00 presso l'Ambulatorio di Lanusei. Il secondo Martedì del Mese dalle 14 alle 16.30.

Data: 02/04/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	301448	MASSIDDA GABRIELE	Codice Fiscale: MSSGRL84T03E441E
Unità Operativa:	SA01	UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email: gabriele.massidda@atssardegna.it
Qualifica:	SA	SPECIALISTI AMBULATORIALI	
Incarico:	INC	--	
Disciplina:	SMS007	CARDIOLOGIA	Tel:
Rapporto di lavoro:	Y	--	Cell: 3297481038

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S08006	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO HOLTER	0	0	70,00	117,00	<input type="checkbox"/>	0
S08007 89.85	ELETTROCARDIOGRAMMA -ECG	0	0	7,00	20,00	<input type="checkbox"/>	0
S08011	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	0	0	70,00	116,00	<input type="checkbox"/>	0
S08V01 89.7	VISITA CARDIOLOGICA	0	0	90,00	120,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 4

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1. LUN	2. MAR	3. MER
[DS_JER02] AMB. 02 Cardiologia (Cibelli) Medicina Sportiva Terapia del Dol	14:30	■		
	15:00	■		
	15:30	■		
	16:00	■		
	16:30	■		
	17:00	■		
	17:30	■		
	18:00	■		
	18:30	■		
	19:00	■		
	19:30	■		
[DS_LAN05] AMB. 05 Cardiologia Urologia Neurologia, DISTRETTO LANUSI	14:30		■	
	15:00		■	
	15:30		■	
	16:00		■	

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1.LUN	2.MAR	3.MER
[DS_LAN05] AMB. 05 Cardiologia Urologia Neurologia, DISTRETTO LANUSI	16:30			
	17:00			
	17:30			
	18:00			
	18:30			
	19:00			
	19:30			
[DS_TOR10] DS TORTOLI', --	14:30			
	15:00			
	15:30			
	16:00			
	16:30			
	17:00			
	17:30			
	18:00			
	18:30			
	19:00			
	19:30			
20:00				

[DS\_JER02] AMB. 02 Cardiologia (Cibelli) Medicina Sportiva Terapia del Dolore Chirurgia Reumatologia Otorinolaringoiatria Dermatologi, , ,

[DS\_LAN05] AMB. 05 Cardiologia Urologia Neurologia, DISTRETTO LANUSI, ,

[DS\_TOR10] DS TORTOLI', --, AMB. 10 Cardiologia,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: Si specifica la seguente modalità:

Il lunedì Jerzu, Il martedì a lanusei, il mercoledì a tortoli. Holter solo il mercoledì

Data: 16/04/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300062	CADONI UBALDO	Codice Fiscale:	CDNB LD54A18B745F
Unità Operativa:	SA01	UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	ubaldo.cadoni@atssardegna.it
Qualifica:	SA	SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	INC	--		
Disciplina:	ODN	ODONTOIATRIA	Tel:	3282398555
Rapporto di lavoro:	Y	--	Cell:	3282398555

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)		0	143,50	233,00	<input checked="" type="checkbox"/>	

Numero prestazioni: 1

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR	4.GIO
[DS_JER04] AMB. 04 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio),	19:00	■	
	19:30	■	
	20:00	■	
[DS_TOR01] AMB. 01 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio),	19:00		■
	19:30		■
	20:00		■

---

DS\_TOR01 AMB. 01 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio), , ,

---

DS\_JER04 AMB. 04 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 28/04/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300484	ANGOLETTA LIVIO	Codice Fiscale:	NGLLVI61M30G113H
Unità Operativa:	SA01	UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	livio.angoletta@atssardegna.it
Qualifica:	SA	SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	INC	--		
Disciplina:	ODN	ODONTOIATRIA	Tel:	
Rapporto di lavoro:	Y	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S35052	ABLAZIONE TARTARO	0	0	50,00	69,00	<input type="checkbox"/>	0
S35B01	VISITA ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA DI CONTROLLO	0	0	30,00	47,00	<input type="checkbox"/>	0
S35V01	VISITA ODONTOIATRICA	0	0	130,00	167,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 3

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

#### ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR
[DS_TOR01] AMB. 01 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio),	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	

---

DS\_TOR01 AMB. 01 Odontoiatria (presso vecchio Ambulatorio), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 29/04/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300836 ZONCHEDDU MARIELLA	Codice Fiscale: ZNCMLL65E65A089Q
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email: mariella.zoncheddu@atssardegna.it
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI	
Incarico:	--	
Disciplina:	1AA042 Psichiatria	Tel:
Rapporto di lavoro:	--	Cell: 3498393144

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00215	LP - RELAZIONE COMPLESSA	30	0	328,50	490,00	<input checked="" type="checkbox"/>	10
LP00970	LP - RELAZIONE SEMPLICE	0	0	127,00	200,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20
S18901	VISITA PSICHIATRICA	30	0	73,00	100,00	<input type="checkbox"/>	20

Numero prestazioni: 3

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1.LUN	3.MER
[dsm02] DSM, CSM Lanusei	18:30		
	19:00		
	19:30		

---

dsm02 DSM, CSM Lanusei, ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 19/05/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300570	PIREDDA PAOLO	Codice Fiscale:	PRDPLA60B13F979T
Unità Operativa:	SA01	UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	paolo.piredda@atssardegna.it
Qualifica:	SA	SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	--			
Disciplina:	1AA035	Oncologia	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--		Cell:	3382207494

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	60	0	81,00	139,00	<input checked="" type="checkbox"/>	20

Numero prestazioni: 1

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	4. GIO
[ONCO] Oncologia Ambulatorio - VA,	19:00	
	19:30	
	20:00	

---

ONCO Oncologia Ambulatorio - VA, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 26/05/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300230 FANCELLO BERNARDO	Codice Fiscale:	FNCDNR55T16L506A
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB014 Otorinolaringoiatria	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)		0	150,00	233,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
S38V01	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	30	0	85,00	114,00	<input type="checkbox"/>	30

Numero prestazioni: 2

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR
[DS_LAN03] AMB. 03 Otorinolaringoiatria,	17:00	
	17:30	
	18:00	
	18:30	

---

DS\_LAN03 AMB. 03 Otorinolaringoiatria, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 22/06/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300429	MARONGIU GABRIELE ANGELO	Codice Fiscale:	MRNGRL69M02A454U
Unità Operativa:	SA01	UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	marongiu.gabri@tiscali.it
Qualifica:	SA	SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	INC	--		
Disciplina:	1AA003	Cardiologia	Tel:	3497564467
Rapporto di lavoro:	Y	--	Cell:	3204227292

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	0	0	156,00	198,00	<input type="checkbox"/>	0
S08007 89.85	ELETTROCARDIOGRAMMA -ECG	0	0	7,00	20,00	<input type="checkbox"/>	0
S08012	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	0	0	54,00	98,00	<input type="checkbox"/>	0
S08V01 89.7	VISITA CARDIOLOGICA	0	0	81,05	110,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 4

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1. LUN	3. MER	4. GIO	5. VEN
[DS_JER02] AMB. 02 Cardiologia (Cibelli) Medicina Sportiva Terapia del Dol	14:30		■		
	15:00		■		
	15:30		■		
[DS_LAN05] AMB. 05 Cardiologia Urologia Neurologia, DISTRETTO LANUSI	14:30			■	
	15:00			■	
	15:30			■	
	16:00			■	
[DS_TOR10] DS TORTOLI', --	14:30	■			■
	15:00	■			■
	15:30	■			■
	16:00				■

---

DS\_JER02 AMB. 02 Cardiologia (Cibelli) Medicina Sportiva Terapia del Dolore Chirurgia Reumatologia Otorinolaringoiatria Dermatologi, , ,

---

DS\_LAN05 AMB. 05 Cardiologia Urologia Neurologia, DISTRETTO LANUSI, ,

---

DS\_TOR10 DS TORTOLI', --, AMB. 10 Cardiologia,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: Portare tutta la documentazione

Data: 27/07/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	702398 CONGIA STEFANO	Codice Fiscale: CNGSFN88C14B354L
Unità Operativa:	401020202 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Email: stefano.congia@atssardegna.it
Qualifica:	M1010A DIR. MEDICO EX IX < 5 ESCL < 5	
Incarico:	INC --	
Disciplina:	1AB012 Ortopedia e traumatologia	Tel: 07816683351
Rapporto di lavoro:	Y --	Cell: 34098071574

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S36015 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	30	0	30,50	50,00	<input type="checkbox"/>	100
S36B01	VISITA BREVE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	30	0	31,00	50,00	<input type="checkbox"/>	100
S36V01	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	45	0	45,50	70,00	<input type="checkbox"/>	100

Numero prestazioni: 3

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	3.MER	6.SAB
[DS_JER05] AMB. 05 Ortopedia Fisiatria Diabetologia (infermiere e dietista)	09:30		
	10:00		
	10:30		
	11:00		
	11:30		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:00		
	17:30		
	18:00		
	18:30		

---

DS\_JER05 AMB. 05 Ortopedia Fisiatria Diabetologia (infermiere e dietista) Endoscopia (OrrÀ'), , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: CONTATTARE IL NUMERO DI CELLULARE PER CONFERMARE APPUNTAMENTO

Data: 01/09/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	300584 PORRU GIOVANNI	Codice Fiscale:	PRRGNN79H24H856L
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	giovanni.porru@atssardegna.it
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	INC --		
Disciplina:	REU Reumatologia	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	30	0	90,00	120,00	<input checked="" type="checkbox"/>	50
S71B01	VISITA REUMATOLOGIA DI CONTROLLO	30	0	50,00	70,00	<input type="checkbox"/>	200
S71V01	VISITA REUMATOLOGICA	30	0	65,00	91,00	<input type="checkbox"/>	100
SDOMREU	VISITA REUMATOLOGICA DOMICILIARE	120	0	200,00	240,00	<input type="checkbox"/>	50

Numero prestazioni: 4

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR
[DS_TOR08] AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria,	14:30	
	18:00	
	18:30	

---

DS\_TOR08 AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: visita di controllo : entro 6 mesi da prima visita

Data: 29/11/2021

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401393 D'AQUILA DAVIDE	Codice Fiscale:	DQLDVD87R07E441H
Unità Operativa:	401020202 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Email:	davide.daquila@atssardegna.it
Qualifica:	M1010A DIR. MEDICO EX IX < 5 ESCL < 5		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB012 Ortopedia e traumatologia	Tel:	0782 490211
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	3403246153

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00970	LP - RELAZIONE SEMPLICE		0	200,00	261,00	<input type="checkbox"/>	
S07001	-ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	0	0	40,00	58,00	<input type="checkbox"/>	0
S36014	ARTROCENTESI		0	50,00	76,00	<input type="checkbox"/>	
S36015 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL' ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		0	50,00	74,00	<input type="checkbox"/>	
S36034	FASCIATURA SEMPLICE		0	50,00	70,00	<input type="checkbox"/>	
S36B01	VISITA BREVE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		0	50,00	73,00	<input type="checkbox"/>	
S36V01	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA		0	80,00	113,00	<input type="checkbox"/>	

Numero prestazioni: 7

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	5.VEN
[ORTO] Ortopedia e Traumatologia Ambulatorio traumatologia - VA,	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	
	18:30	
	19:00	

---

ORTO Ortopedia e Traumatologia Ambulatorio traumatologia - VA, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 08/06/2022

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401332 DE PASCALI GIAN LUIGI	Codice Fiscale:	DPSGLG79L07H856N
Unità Operativa:	401020202 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Email:	
Qualifica:	--		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB012 Ortopedia e traumatologia	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	30	0	121,50	200,00	<input checked="" type="checkbox"/>	5
LP01003	RELAZIONI PERITALI TIPO 1	20	0	254,00	400,00	<input checked="" type="checkbox"/>	7
LP01007	RELAZIONI PERITALI TIPO 5	20	0	354,00	550,00	<input checked="" type="checkbox"/>	2
S36015 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	10	0	31,00	50,00	<input type="checkbox"/>	20
S36B01	VISITA BREVE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	15	0	64,00	90,00	<input type="checkbox"/>	60
S36V01	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	20	0	86,00	120,00	<input type="checkbox"/>	100
S37046	-ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	30	0	17,50	30,00	<input type="checkbox"/>	5
SDOMORT	VISITA ORTOPEDICA DOMICILIARE	30	0	401,00	500,00	<input type="checkbox"/>	2

Numero prestazioni: 8

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	4. GIO
[DS_TOR10] DS TORTOLI', --	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	

---

DS\_TOR10 DS TORTOLI', --, AMB. 10 Cardiologia,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 22/12/2022

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401045	FERRAI RAFFAELA ANGELA	Codice Fiscale:	FRRRFL59M63A454Z
Unità Operativa:	401030202	DEGENZE MEDICINA GENERALE	Email:	
Qualifica:	M1014A	DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--			
Disciplina:	1AA014	Medicina Interna	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--		Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
S58V01	VISITA GASTROENTEROLOGICA	45	0	86,00	120,00	<input type="checkbox"/>	120
S58V02	VISITA EPATOLOGICA	45	0	86,00	120,00	<input type="checkbox"/>	120

Numero prestazioni: 2

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1. LUN
[MED] Medicina Ambulatorio medico n.01 (pneumologia internistica gastro)	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	
	18:30	
	19:00	

---

MED Medicina Ambulatorio medico n.01 (pneumologia internistica gastroenterologia) - VA, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 23/12/2022

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	839770	SODDU LUIGI	Codice Fiscale:	SDDLGU59M12E281B
Unità Operativa:	401020202	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Email:	
Qualifica:	M1014A	DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	INC	--		
Disciplina:	1AB012	Ortopedia e traumatologia	Tel:	
Rapporto di lavoro:	Y	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
A5306	INIEZIONI O INFUSIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE		0	80,50	100,00	<input type="checkbox"/>	
LP00090	LP - RELAZIONE APPROFONDATA	30	1	199,50	350,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP00215	LP - RELAZIONE COMPLESSA	30	1	289,50	500,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP00791	LP - CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE SEMPLICE	30	1	80,00	150,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP00792	LP - CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE COMPLESSA		1	110,00	200,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP00970	LP - RELAZIONE SEMPLICE	30	1	139,50	250,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
LP01042	PERIZIA MEDICO LEGALE COMPLESSA	30	1	409,50	700,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
S36026	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	30	1	44,00	70,00	<input type="checkbox"/>	0
S36B01	VISITA BREVE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		1	101,50	150,00	<input type="checkbox"/>	
S36V01	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA		1	136,00	200,00	<input type="checkbox"/>	

Numero prestazioni: 10

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2. MAR	4. GIO
[DS_TOR08] AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria,	15:00		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:00		

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2. MAR	4. GIO
[DS_TOR08] AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria,	17:30		
	18:00		
	18:30		
	19:00		
[ORTO] Ortopedia e Traumatologia Ambulatorio traumatologia - VA,	15:00		
	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:00		
	17:30		
	18:00		
	18:30		
	19:00		

DS\_TOR08 AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria, , ,

ORTO Ortopedia e Traumatologia Ambulatorio traumatologia - VA, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 20/01/2023

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401289 DEIDDA ALFREDO	Codice Fiscale:	DDDLRD58C2Z110V
Unità Operativa:	104010306 AMBULATORIO DI FISIATRIA	Email:	
Qualifica:	M1010A DIR. MEDICO EX IX < 5 ESCL < 5		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AA017 Medicina Fisica e Riabilitazione	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	45	0	320,00	499,00	<input checked="" type="checkbox"/>	3
LP00503	LP- VALUTAZIONE FUNZIONALE GENERALE	45	0	300,00	469,00	<input checked="" type="checkbox"/>	3
LP01003	RELAZIONI PERITALI TIPO 1	45	0	336,50	524,00	<input checked="" type="checkbox"/>	3
LP01007	RELAZIONI PERITALI TIPO 5	45	0	443,00	685,00	<input checked="" type="checkbox"/>	3
S56067	LP- VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	45	0	258,00	330,00	<input type="checkbox"/>	3
S56V02	VISITA FISIATRICA	45	0	130,00	174,00	<input type="checkbox"/>	30
SDOMFIS	VISITA FISIATRICA DOMICILIARE	60	0	195,00	245,00	<input type="checkbox"/>	20

Numero prestazioni: 7

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

**ORARI e SPAZI**

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2. MAR	4. GIO
[DS_TOR08] AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria,	15:30		
	16:00		
	16:30		
	17:00		
	17:30		

---

DS\_TOR08 AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Note: \*LP00503 valutare se non sia duplicata rispetto alla già presente S56067.

Data: 24/02/2023

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	1175 LAMPIS DEBORA	Codice Fiscale: LMPDBR71P70H856K
Unità Operativa:	103050102 CENTRO SALUTE MENTALE TORTOLI	Email: debora.lampis@aslogliastra.it
Qualifica:	DM Dirigente Medico	
Incarico:	--	
Disciplina:	1AA042 Psichiatria	Tel: 3389966209
Rapporto di lavoro:	--	Cell:

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	60	0	151,00	200,00	<input type="checkbox"/>	20
LP33176	VISITA DOMICILIARE PSICHIATRICA	90	0	160,00	198,00	<input type="checkbox"/>	10
S18901	VISITA PSICHIATRICA	60	0	100,00	137,00	<input type="checkbox"/>	20
S40005	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	30	0	50,00	73,00	<input type="checkbox"/>	40
S40007	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	60	0	60,00	88,00	<input type="checkbox"/>	30

Numero prestazioni: 5

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	6.SAB
[CSM002] CSM Tortoli, Via Mons. Carhero,	08:00	<input type="checkbox"/>
	08:30	<input type="checkbox"/>
	09:00	<input type="checkbox"/>
	09:30	<input type="checkbox"/>
	10:00	<input type="checkbox"/>
	10:30	<input type="checkbox"/>
	11:00	<input type="checkbox"/>
	11:30	<input type="checkbox"/>
	12:00	<input type="checkbox"/>
	13:00	<input type="checkbox"/>

---

CSM002 CSM Tortoli, Via Mons. Carchero, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 24/11/2023

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	580774 COSSU ANTONELLO	Codice Fiscale:	
Unità Operativa:	A4LANAC01 SC Medicina	Email:	antonello.cossu@aslogliastra.it
Qualifica:	DM Dirigente Medico		
Incarico:	INC01 DIR STRUTTURA COMPLESSA		
Disciplina:	1AA014 Medicina Interna	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	3392296027

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00035	LP - VISITA DOMICILIARE	60	0	151,00	200,00	<input type="checkbox"/>	0
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	60	0	151,09	245,00	<input checked="" type="checkbox"/>	0
S21B01	VISITA BREVE - GERIATRIA	40	0	72,00	100,00	<input type="checkbox"/>	0
S21V01	VISITA GERIATRICA	60	0	110,00	150,00	<input type="checkbox"/>	0
S26V01A	VISITA INTERNISTICA	60	0	94,00	130,00	<input type="checkbox"/>	0
S26V01B	VISITA INTERNISTICA DI CONTROLLO	40	0	72,00	100,00	<input type="checkbox"/>	0
S71B01	VISITA REUMATOLOGIA DI CONTROLLO	40	0	72,00	100,00	<input type="checkbox"/>	0
S71V01	VISITA REUMATOLOGICA	60	0	94,00	130,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 8

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1.LUN
[MI01] PO Nostra Signora della Mercedes, UOC Medicina Interna	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	
	18:30	

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1.LUN
[MI01] PO Nostra Signora della Mercedes, UOC Medicina Interna	19:00	
	19:30	

MI01 PO Nostra Signora della Mercedes, UOC Medicina Interna, Ambulatorio 3° Piano +,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 20/12/2023

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401030 DEIANA IVO ALBERTO	Codice Fiscale:	DNEVBR58R26E644P
Unità Operativa:	1040102020 DEGENZE CHIRURGIA GENERALE	Email:	
Qualifica:	m1014a DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AB003 Chirurgia generale	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	10	0	55,00	100,00	<input checked="" type="checkbox"/>	
S09B01	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	15	0	39,50	60,00	<input type="checkbox"/>	
S09V01	VISITA CHIRURGIA GENERALE	15	0	53,50	80,00	<input type="checkbox"/>	
S12002	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	20	0	143,00	193,00	<input type="checkbox"/>	50
S43026	FRENULOTOMIA	20	0	82,50	115,00	<input type="checkbox"/>	20
S43028	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	20	0	100,00	150,00	<input type="checkbox"/>	20
S43V01	VISITA UROLOGICA	15	0	55,00	82,00	<input type="checkbox"/>	

Numero prestazioni: 7

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	2.MAR
[CHIR01] Chirurgia Generale AMBULATORIO CHIRURGIA N° 1 (UROLOGIA) - V	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	

---

CHIR01 Chirurgia Generale AMBULATORIO CHIRURGIA N°1 (UROLOGIA) - VA, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 19/01/2024

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	401055 LEREDE DOMENICO	Codice Fiscale:	LRDDNC59P10E862K
Unità Operativa:	104010201 ANESTESIA E RIANIMAZIONE	Email:	
Qualifica:	M1014A DIR. MEDICO EX IX > 5 ESCL > 15		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AF005 Anestesia e Rianimazione	Tel:	
Rapporto di lavoro:	--	Cell:	

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
L99V01	VISITA GENERALE	20	0	75,34	94,00	<input type="checkbox"/>	20
LP01003	RELAZIONI PERITALI TIPO 1	20	0	222,15	335,00	<input checked="" type="checkbox"/>	5
LP01007	RELAZIONI PERITALI TIPO 5	20	0	286,04	448,00	<input checked="" type="checkbox"/>	5
LP01012	RELAZIONI PERITALI TIPO 10	20	0	385,90	582,00	<input checked="" type="checkbox"/>	5
S09093 83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO	0	0	50,00	71,00	<input type="checkbox"/>	25
S36015 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	0	0	50,00	74,00	<input type="checkbox"/>	25
S82b02	VISITA TERAPIA ANTALGICA DI CONTROLLO	20	0	60,00	85,00	<input type="checkbox"/>	25
S82V02	VISITA TERAPIA ANTALGICA	20	0	80,00	113,00	<input type="checkbox"/>	25

Numero prestazioni: 8

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n° 465 del 15/06/2021.  
Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	3.MER
[DS_TOR13] AMB. 13 Neurologia - DS Tortolà,	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	

---

DS\_TOR13 AMB. 13 Neurologia - DS Tortolà, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_

Data: 22/01/2024

All'attenzione del Direttore S.C. Trattamento Giuridico ed Economico

Richiesta di autorizzazione attività libero professionale intramuraria per l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali

Il sottoscritto dott:	301492 FERRAI ROSA	Codice Fiscale:	FRRRSO88P68E441X
Unità Operativa:	SA01 UO SPECIALISTI AMBULATORIALI	Email:	ferrairosa@hotmail.it
Qualifica:	SA SPECIALISTI AMBULATORIALI		
Incarico:	--		
Disciplina:	1AA010 Geriatria	Tel:	
Rapporto di lavoro:	Y --	Cell:	3205505275

Chiede: di svolgere attività libero professionale per le seguenti prestazioni e con i seguenti compensi e tariffe praticate all'utenza. Secondo le normative vigenti si attesta che le prestazioni richieste sono precedentemente rese in regime di lavoro istituzionale.

PRESTAZIONI RICHIESTE		Minuti	Personale supp dir	Onorario	Tariffa	Iva	Quantità stimata
DOMGER	VISITA DOM. GERIATRICA		0	150,00	189,00	<input type="checkbox"/>	
LP00288	LP - VISITA SPECIALISTICA + RELAZIONE (IVA)	90	0	150,00	191,00	<input type="checkbox"/>	0

Numero prestazioni: 2

La tariffa della prestazione a carico dell'utente pagante è determinata secondo criteri stabiliti nel regolamento per la libera professione intramoenia. Il sottoscritto dichiara la piena ed integrale accettazione di tutte le prescrizioni contenute nel Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, adottato con delibera n°465 del 15/06/2021.

Chiede: di essere autorizzato a svolgere attività libero professionale intramuraria, compatibilmente con le attività istituzionali e di servizio dell'U.O., al di fuori dell'orario di lavoro, nei giorni, negli orari e negli spazi di seguito indicati.

#### ORARI e SPAZI

DESCRIZIONE SPAZIO	ORARI	1.LUN
[DS_TOR08] AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria,	15:00	
	15:30	
	16:00	
	16:30	
	17:00	
	17:30	
	18:00	

---

DS\_TOR08 AMB. 08 Reumatologia Fisiatria Ortopedia Geriatria, , ,

Con osservanza

Il Professionista \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Direttore della S.C. \_\_\_\_\_ ATTESTA che le prestazioni proposte in libera professione dal dr. \_\_\_\_\_ non sono in contrasto con le finalità istituzionali della Struttura da me diretta, il loro espletamento non determina conflitti di interesse e non interferirà con la funzionalità dei servizi. \_\_\_\_\_