



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



**AL DIRETTORE GENERALE
Dell'Istituto Ortopedico Rizzoli
S U A S E D E**

**Registrazione di protocollo a cura e
carico dell'Ufficio ALP IOR**

Richiesta autorizzazione svolgimento attività Libero Professionale Intramuraria.

Richiesta Variazione Tariffe Prestazioni / accessi ambulatoriali.

Il sottoscritto _____

Dirigente Medico presso la SC/SSD _____ dell'Istituto
Ortopedico Rizzoli con rapporto di lavoro esclusivo e a tempo Indeterminato Determinato

Specialista in _____

Chiede di poter svolgere attività libero professionale intramuraria presso la struttura IOR

DICHIARA

di avere preso visione Regolamento Aziendale della libera professione intramuraria di cui alla delibera 255 del 11/12/2017 e di accettarne tutte le condizioni, criteri e modalità di esercizio.

Specialità nella quale si intende esercitare la Libera Professione _____

Recapito telefonico e/o cellulare _____

Giorni e orari di ambulatorio richiesti (previa verifica con la CPSE Poliambulatorio). Barrare il/i giorno/i

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
--------	---------	-----------	---------	---------	--------

SESSIONE : DALLE _____ ALLE _____

VISTO CPSE Poliambulatorio _____

Informazioni per l'attivazione/variazione attività.

A. Tariffe e Prestazioni

NB: La tariffa sotto indicata esclude il bollo di 2,00 € che sarà applicato automaticamente secondo normativa alle fatture superiori ad € 77,47.

Tariffa Prima visita € _____ Tariffa Visitadi controllo € _____

Per eventuali prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche aggiuntive utilizzare solo la nomenclatura del tariffario aziendale reperibile sulla intranet IOR.

_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____

Attenzione non verranno accettate prestazioni con nomi non ricomprese nel nomenclatore disponibile in intranet.

B. Cadenza Visite

NUMERO DI VISITE ORARIE _____

Scaglionamento orario delle prenotazioni dei pazienti:

UN PAZIENTE OGNI _____ MINUTI.

C. Età pazienti da trattare

ETA' MINIMA _____ ETA' MASSIMA _____ IN MESI _____

INFORMAZIONI DI RILEVAZIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE PER PRENOTAZIONE TELEFONICA/WEB.

Medico _____ Referente Gerarchico _____

SC/SSD _____

A. PATOLOGIE CHE SI INTENDONO ESCLUDERE DALLA PRENOTAZIONE:

RACHIDE		GINOCCHIO	
SCOLIOSI		TIBIA PERONE	
SPALLA GOMITO		PIEDE CAVIGLIA	
POLSO MANO		PATOLOGIA ONCOLOGICA	
ANCA BACINO		CISTI ESOSTOSI	
FEMORE		PATOLOGICA ONCOLOGICA BENIGNA	

N.B. Barrare le patologie e specialità che si intendono escludere dalla prenotazione/Attività

B. FASCE DI ETÀ CHE SI INTENDONO ESCLUDERE DALLA PRENOTAZIONE:

LATTANTI (da 0 a 1 anno)	
BAMBINI (da 1 a 6 anni)	
BAMBINI (da 6 a 14 anni)	
ADULTI (> 14 anni)	

C. Anticipo chiusura prenotazione visite:

Desidero fermare le prenotazioni il giorno precedente l'ambulatorio	
Altro Specificare (non il giorno stesso dell'ambulatorio)	

D. PERIZIA MEDICO LEGALE

Perizia Medico Legale	SI	NO
-----------------------	----	----

Data

Timbro e Firma del Medico

Sezione a cura del Poliambulatorio
Rilevazione Unità Erogante Azienda I.O.R.

STRUTTURA IO. ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

CODICE UE

--

FAX Poliambulatorio 051/6366633 Mail Coordinatore *francesco.sivo@ior.it*
SSD Accesso ai Servizi - Referente dott.ssa Rita Dal Passo