**Mod. A Sanitario**

imposta di bollo di € 16 ai sensi del Dpr 642/1972

riportare il numero seriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(in caso di esenzione, indicare riferimento normativo)

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it Al Direttore Generale

dell’Area Sanità e Sociale

PEC: protocollo.azero@pecveneto.it Al Direttore Generale

di Azienda Zero

PEC: \* Al Direttore Generale dell’Azienda U.l.s.s.

(\*Utilizzare la PEC delle Aziende Ulss ove insistono le sedi operative che erogano le funzioni oggetto di richiesta di accreditamento)

**DOMANDA DI RINNOVO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE**

**Il/La sottoscritto/a:**

cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in: via, piazza, ...: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero C.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

carta d’identità: *(allegare scansione fronte retro in formato file pdf)*

**in qualità di legale rappresentante della struttura giuridica:**

Denominazione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(indicare la denominazione utilizzata nelle comunicazioni con l'utenza)*

Ragione sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare l’esatta denominazione registrata presso la Camera di Commercio)*

P. IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**con sede legale in:**

via, piazza,..: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**forma giuridica:** *(barrare)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ente ecclesiastico  | società | cooperativa sociale |
| impresa individuale  | studio professionale1  | altro (specificare)2 |

1*Se studio indicare la professione*:

 odontoiatra

altra professione sanitaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2*Specificare Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**CHIEDE**

*(utilizzare uno dei seguenti moduli per ogni sede operativa inclusi i punti prelievo)*

**per la sede operativa**: (*indicare denominazione sede*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via, piazza,…: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *e, se diversi da sede legale*:

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito web: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distretto A.u.l.s.s.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Ministeriale *assegnato*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario:

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL RINNOVO DELL’ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

della struttura sanitaria classificata come: (si vedano i riferimenti di cui alla Tabella 3 Es.A1-B5-B10 ecc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estremi del provvedimento di Autorizzazione all’esercizio:

tipo provvedimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°:\_\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ emesso da:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*esempio:*

*tipo provvedimento: \_\_Decreto\_\_\_ n°:\_112\_\_\_\_\_data: \_01/04/2013\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_emesso da: \_Comune di Soave (VR)*

Provvedimento di Accreditamento:

Delibera di Giunta regionale n°:\_\_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**per le seguenti funzioni esercitate in regime di RICOVERO ospedaliero:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede operativa** | **Area Omogenea3** | **Codice e descrizione disciplina ospedaliera4** | **Codice e sigla della Unità di Offerta5** | **Note** | **Posti letto****AU** | **Posti letto****ACC** | **Posti letto ACC****Extra Regione** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*3Area omogenea: indicare se medica, chirurgica, materno-infantile, terapia intensiva, riabilitazione, servizi*

*4Disciplina ospedaliera: vedi Tabella n.1*

*5Unità di Offerta: indicare le unità di offerta presenti utilizzando le definizioni della Tabella n. 2*

**per le seguenti branche/discipline/specialità già accreditate erogate in regime AMBULATORIALE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sede operativa** | **Classificazione dell’attività ambulatoriale6****(codice e descrizione)** | **Codice e descrizione branca specialistica7** | **Codice e sigla della Unità di Offerta8** | **Note e limitazioni** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*6 Classificazione dell’attività ambulatoriale: vedi Tabella n. 3*

*7 Branca specialistica: vedi Tabella n.4*

*8 Unità di Offerta: indicare le unità di offerta presenti utilizzando le definizioni della Tabella n.2*

* **Per la sola attività di medicina di laboratorio**

 Si dichiara in particolare il pieno rispetto delle disposizioni di cui alla [Legge regionale n. 22/02, art. 17/ter](http://www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2002/02lr0022.html), "Disposizioni in materia di laboratori di analisi".

Si dichiara di aderire alla rete di laboratorio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**per la/e seguente/i unità di offerta già accreditata/e che eroga prestazioni sanitarie nell’ambito della Salute Mentale:**

**Strutture residenziali**

Comunità alloggio ⬜ posti letto:….

Comunità terapeutica riabilitativa protetta minori adolescenti ⬜ posti letto:….

Comunità terapeutica riabilitativa protetta ⬜ posti letto:….

Gruppo appartamento protetto ⬜ posti letto….

RSSP ⬜ posti letto:….

REMS ⬜ posti letto:….

CTRP-CP ⬜ posti letto:….

Altro (specificare) ⬜ posti letto

**Strutture semiresidenziali**

Centro diurno ⬜ posti:….

**per le seguente unità di offerta già accreditata che eroga prestazioni sanitarie quale Struttura Intermedia :**

URT ⬜ posti letto:….

Ospedale di Comunità ⬜ posti letto:….

Hospice ⬜ posti letto:….

**per la seguente unità di offerta già accreditata che eroga prestazioni sanitarie quale Stabilimento Termale**

Stabilimento termale: ⬜

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

*data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Indicare referente della struttura quale contatto per il presente procedimento:

*Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**TABELLA 1. Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere**

Funzione/i erogata/e in regime di ricovero secondo la classificazione di cui al Decreto del Ministro della Salute 5 dicembre 2006, Allegato 1: "Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Codice disciplina ospedaliera** | **Descrizione disciplina ospedaliera** | **Note** |
| 01 | Allergologia |   |
| 02 | Day hospital | Identifica reparti esclusivamente dedicati ad attività di day hospital multispecialistico |
| 03 | Anatomia ed istologia patologica |   |
| 05 | Angiologia |   |
| 06 | Cardiochirurgia pediatrica |   |
| 07 | Cardiochirurgia |   |
| 08 | Cardiologia | Non include i posti letto di unità coronarica, che sono invece attribuiti alla disciplina "50 - Unità coronarica" anche se localizzati in un reparto di cardiologia |
| 09 | Chirurgia generale |   |
| 10 | Chirurgia maxillo facciale |   |
| 11 | Chirurgia pediatrica |   |
| 12 | Chirurgia plastica |   |
| 13 | Chirurgia toracica |   |
| 14 | Chirurgia vascolare |   |
| 15 | Medicina sportiva |   |
| 18 | Ematologia | Include i posti letto di immunoematologia |
| 19 | Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione |   |
| 20 | Immunologia | Non include i posti letto di immunoematologia, che sono invece attribuiti alla disciplina "18 - Ematologia" |
| 21 | Geriatria |   |
| 24 | Malattie infettive e tropicali |   |
| 25 | Medicina del lavoro |   |
| 26 | Medicina generale |   |
| 27 | Medicina legale |   |
| 28 | Unità spinale |   |
| 29 | Nefrologia |   |
| 30 | Neurochirurgia |   |
| 31 | Nido |   |
| 32 | Neurologia | Non include la psichiatria, a cui è attribuito il codice specifico "40", e la neuropsichiatria infantile, a cui è attribuito il codice specifico "33" |
| 33 | Neuropsichiatria infantile |   |
| 34 | Oculistica |   |
| 35 | Odontoiatria e stomatologia |   |
| 36 | Ortopedia e traumatologia |   |
| 37 | Ostetricia e ginecologia  |   |
| 38 | Otorinolaringoiatria |   |
| 39 | Pediatria | Non include la neonatologia, a cui è attribuito il codice specifico "62" |
| 40 | Psichiatria | Non include la neuropsichiatria infantile, a cui è attribuito il codice specifico "33" |
| 41 | Medicina termale |   |
| 42 | Tossicologia |   |
| 43 | Urologia |   |
| 46 | Grandi ustioni pediatriche |   |
| 47 | Grandi ustioni |   |
| 48 | Nefrologia (abilitazione trapianto rene) |   |
| 49 | Terapia intensiva | Non include i posti letto di unità intensiva cardiologica, che sono invece attribuiti alla disciplina "50 - Unità coronarica" |
| 50 | Unità coronarica | Include i posti letto di unità intensiva cardiologica |
| 51 | Astanteria |   |
| 52 | Dermatologia |   |
| 54 | Emodialisi |   |
| 55 | Farmacologia clinica |   |
| 56 | Recupero e riabilitazione funzionale | Non include l'unità spinale, a cui è attribuito il codice specifico "28", e la neuro-riabilitazione, a cui è attribuito il codice specifico "75" |
| 57 | Fisiopatologia della riproduzione umana |   |
| 58 | Gastroenterologia |   |
| 60 | Lungodegenti |   |
| 61 | Medicina nucleare |   |
| 62 | Neonatologia |   |
| 64 | Oncologia |   |
| 65 | Oncoematologia pediatrica |   |
| 66 | Oncoematologia |   |
| 67 | Pensionanti |   |
| 68 | Pneumologia |   |
| 69 | Radiologia |   |
| 70 | Radioterapia |   |
| 71 | Reumatologia |   |
| 73 | Terapia intensiva neonatale |   |
| 74 | Radioterapia oncologica |   |
| 75 | Neuro-riabilitazione |   |
| 76 | Neurochirurgia pediatrica |   |
| 77 | Nefrologia pediatrica |   |
| 78 | Urologia pediatrica |   |
| 97 | Detenuti |   |
| 98 | Day surgery | Identifica reparti esclusivamente dedicati ad attività di day surgery multispecialistico |
| 99 | Cure palliative |  |

**TABELLA 2. Unità di offerta**

|  |
| --- |
| Elenco Unità di Offerta |
| TIPOLOGIA UdO | DESCRIZIONE |
| CODICE | SIGLA |
| 10.10. | AMB.CH | ambulatorio chirurgico |
| 10.20. | AMB.CH.SO | ambulatorio chirurgico con sala chirurgica |
| 10.30. | AMB.CRI | ambulatorio crioconservazione gameti maschili |
| 10.40. | AMB.DIA | ambulatorio dialisi |
| 10.50. | AMB.MFR | ambulatorio di medicina fisica, riabilitazione, recupero e rieducazione funzionale |
| 10.60. | AMB.ODO | ambulatorio odontoiatrico |
| 10.70. | AMB.PMA1 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita1 |
| 10.80. | AMB.PMA2 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita2 |
| 10.90. | AMB.PMA3 | ambulatorio procreazione medicalmente assistita3 |
| 10.100. | AMB.SPEC | ambulatorio specialistico |
| 10.110. | AMB.SPO1 | ambulatorio medicina dello sport1 |
| 10.120. | AMB.SPO2 | ambulatorio medicina dello sport2 |
| 10.130. | AMB.SPO3 | ambulatorio medicina dello sport3 |
| 10.150. | BL.PAR | blocco parto punto nascita |
| 10.190. | D.SRG | day surgery |
| 10.200. | DEG | degenza |
| 10.210. | DH | day hospital |
| 10.220. | DIA.IMM | diagnostica per immagini |
| 10.230. | GEST.FARM | gestione farmaci e materiale sanitario |
| 10.240. | LAB.AN.PAT | laboratorio di anatomia patologica ed istocitopatologia |
| 10.250. | LAB.MED | medicina di laboratorio |
| 10.260. | LAB.P.PRE | punto prelievi |
| 10.270. | MED.NUCL | medicina nucleare |
| 10.280. | POLIAMB | poliambulatorio |
| 10.290. | PR.SOCC | pronto soccorso ospedaliero e c.o. |
| 10.300. | PREV.INF | prevenzione infezioni ospedaliere |
| 10.310. | RADIOT | radioterapia |
| 10.320. | REP.OPER | reparto operatorio |
| 10.330. | RIANIM | rianimazione e terapia intensiva |
| 10.340. | S.CORD.ATT | attività connesse alla raccolta ed all'esportazione dei campioni di sangue cordonale per uso autologo |
| 10.350. | S.CORD.BANCA | banca sangue cordonale |
| 10.360. | S.CORD.PN | punti nascita collegati a bsc |
| 10.370. | S.DISINF | servizio disinfezione |
| 10.380. | S.EXTRAH.CH | struttura extraospedaliera di chirurgia |
| 10.390. | S.MORT | servizio mortuario |
| 10.400. | S.AUTOPT | sala autoptica |
| 10.410. | S.STERIL | servizio sterilizzazione |
| 10.490. | STUDIO.FIS | studio di fisioterapia |
| 10.500. | STUDIO.MED | studio medico |
| 10.510. | STUDIO.PSI | studio psicologo |
| 20.30. | SM.DPP | degenza psichiatrica privata |
| 20.50. | SM.DHO | day hospital ospedaliero |

**TABELLA 3. Classificazione dell’attività ambulatoriale**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | DESCRIZIONE |
| B 10 | Laboratori di analisi cliniche  |
| B 11 | Punti di prelievo |
| B 5 | Ambulatori chirurgici |
| B 5 | Ambulatori chirurgici con sala chirurgica |
| B 5 | Ambulatori di dialisi |
| B 5 | Ambulatori di medicina dello sport |
| B 5 | Ambulatori di medicina fisica e riabilitazione |
| B 5 | Ambulatori di medicina nucleare |
| B 5 | Ambulatori di procreazione medicalmente assistita PMA |
| B 5 | Ambulatori di radiodiagnostica |
| B 5 | Ambulatori di radioterapia |
| B 5 | Ambulatori mono o polispecialistici (DGR 3223/2005)  |
| B 5 | Ambulatori odontoiatrici |
| B 5 | Ambulatori per la crioconservazione dei gameti maschili |
| B 5 | Servizi di fisica sanitaria |
| B 5.1 | Struttura extraospedaliera di chirurgia ambulatoriale |
| B 9/1 | Studio medico non soggetto ad autorizzazione |
| B 9/2 | Studio medico soggetto ad autorizzazione |
| B 9/3 | Studi di professioni sanitarie non mediche |
| B1 | Ambulatorio di ossigenoterapia iperbarica |
| Altro | specificare |

**TABELLA 4. Codici Branca specialistica**

|  |  |
| --- | --- |
| CODICE | Descrizione Discipline ambulatoriali  |
| 03 | Medicina di laboratorio |
| 08 | Cardiologia |
| 09 | Chirurgia generale |
| 12 | Chirurgia plastica |
| 14 | Chirurgia vascolare angiologia |
| 19 | Endocrinologia |
| 29 | Nefrologia |
| 30 | Neurochirurgia |
| 32 | Neurologia |
| 34 | Oculistica |
| 35 | Odontostomatologia e chirurgia maxillo facciale |
| 36 | Ortopedia e traumatologia |
| 37 | Ostetricia e ginecologia |
| 38 | Otorinolaringoiatria |
| 40 | Psichiatria |
| 43 | Urologia |
| 52 | Dermosifilopatia |
| 56 | Medicina fisica e riabilitazione |
| 58 | Gastroenterologia - chirurgia ed endoscopia digestiva |
| 61 | Diagnostica per immagini: medicina nucleare |
| 64 | Oncologia |
| 68 | Pneumologia |
| 69 | Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica |
| 70 | Radioterapia |
| 82 | Anestesia |
| - | Medicina dello sport (specificare se di I, II o III livello) |
| Altro | Specificare |