

REGIONE DEL VENETO



ULSS7  
PEDEMONTANA

Via dei Lotti, n. 40  
36061 Bassano del Grappa (VI)  
Codice fiscale e partita IVA 00913430245

N. 515 DEL 20/03/2026

DELIBERAZIONE  
del

## ***DIRETTORE GENERALE***

Nominato con D.P.G.R. n. 21 del 28/02/2026

Coadiuvato dai sigg.:

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott.ssa MICHELA CONTE

DIRETTORE SANITARIO

dr. ANTONIO DI CAPRIO

DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO – SANITARI f.f. dott. EDDI FREZZA

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO  
PROFESSIONALE INTRAMOENIA IN REGIME AMBULATORIALE: DR.SSA CARMEN  
TRIPODI.

IL DIRETTORE GENERALE  
DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA  
dott. Giovanni Carretta

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs n. 82/2005, del T.U. n. 445/2000 e norme collegate, il quale  
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico è conservato digitalmente negli archivi  
informatici dell'Azienda.*

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE  
Anno Proposta: 2026 Numero Proposta: 526/26

*Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché Responsabile del procedimento, attesta che la presente proposta di deliberazione è stata regolarmente istruita nel rispetto della vigente normativa nazionale, regionale e regolamentare: f.to Michela Piccinini.*

---

Il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale riferisce quanto segue.

Premesso che con note prot. n. 23750 e n. 23737 del 11/03/2026 la dr.ssa Carmen Tripodi, Dirigente Psicologa a rapporto esclusivo dell'UOSD Serd 2, ha chiesto l'autorizzazione a svolgere le seguenti prestazioni in regime di libera professione ambulatoriale da erogare presso il Centro Sanitario Polifunzionale di Thiene e la Casa della salute di Schio:

<b>Prestazione</b>	<b>Tariffa</b>
Colloquio psicologico clinico	90,00 €
Somministrazione e interpretazione di test dell'intelligenza	150,00 €
Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità lettura	80,00 €
Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Test di attenzione	80,00 €
Somministrazione e interpretazione di test delle funzioni esecutive	80,00 €
Somministrazione e interpretazione di test proiettivi e della personalità	90,00 €
Psicoterapia individuale (per seduta)	85,00 €
Psicoterapia familiare/di coppia (per seduta)	100,00 €

Considerato che in merito a tale richiesta, acquisita agli atti, hanno espresso parere favorevole il Responsabile dell'UOSD Serd 2, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale e il Direttore ad interim del Distretto 2 per gli ambiti di competenza.

Vista la congruità delle prestazioni ambulatoriali richieste, dei relativi codici e tariffe in rapporto al Catalogo Veneto Prescrivibile, nonché la congruità delle tariffe in rapporto agli artt. 9 e 24 del Regolamento Aziendale della Libera professione vigente.

Accertato che le prestazioni richieste sono le stesse garantite in regime istituzionale e con le stesse modalità di esecuzione.

Ritenuto di provvedere alla conservazione degli atti presso l'ufficio competente dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, nonché alle successive autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali firmate rispettivamente dal Dirigente Psicologo richiedente, dal Direttore di Unità Operativa, dal Direttore della UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza, senza che intervenga ulteriore provvedimento formale. Gli aggiornamenti connessi alle variazioni in parola saranno pubblicati nel sito aziendale, al seguente link: <https://www.aulss7.veneto.it/Prenotare> (sezione Libera Professione - Elenco medici e tariffario), con i dettagli utili per la consultazione da parte dei cittadini.

Richiamate le disposizioni regolanti la materia, e in particolare:

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato ed integrato da ultimo dal D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 e successive modifiche;
- L. 23 dicembre 1999, n. 488;
- D.lgs. 2 marzo 2000, n. 49;
- D.P.C.M. 27 marzo 2000;
- D.lgs. 28 luglio 2000, n. 254;
- Circolare Regionale 10 maggio 2001, n. 5, recante le linee guida relative alla disciplina per

l'attività libero-professionale intramoenia, integrata dalla D.G.R.V. 11 febbraio 2005, n. 360;

- L. 3 agosto 2007, n. 120 e successive modifiche;
- Circolare Regionale 9 aprile 2018, n. 131384, avente ad oggetto "Attività libero professionale. Ricognizione della disciplina regionale e precisazioni";
- Regolamento Aziendale della libera professione intramoenia, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1037 del 29/08/2018 (come da ultimo modificato con deliberazione del Direttore Generale n. 839 del 19/05/2023);
- C.C.N.L. – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area Sanità Triennio 2022 - 2024, sottoscritto il 27 febbraio 2026.

Per quanto sopra, il Direttore dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale propone, pertanto, di autorizzare la dr.ssa Carmen Tripodi, Dirigente Psicologa a rapporto esclusivo dell'UOSD Serd 2, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nelle richieste prot. n. 23750 e n. 23737 del 11/03/2026.

#### IL DIRETTORE GENERALE

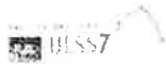
Vista la relazione e la proposta del Responsabile del procedimento;

Dato atto che il Responsabile dell'UOC competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale, regionale e regolamentare;

Acquisito il parere favorevole dei Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari, per quanto di rispettiva competenza.

#### DELIBERA

1. di autorizzare la dr.ssa Carmen Tripodi, Dirigente Psicologa a rapporto esclusivo dell'UOSD Serd 2, a svolgere attività libero professionale intramoenia in regime ambulatoriale, come specificato nelle richieste prot. n. 23750 e n. 23737 del 11/03/2026, il cui testo costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegati 1 e 2);
2. di conservare, presso gli uffici competenti dell'UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, la richiesta di autorizzazione summenzionata nonché le future autorizzazioni relative a variazioni di tariffe, sedi, giorni e orari e/o integrazioni di prestazioni ambulatoriali, firmate rispettivamente dal Dirigente Psicologo richiedente, dal Responsabile di Unità Operativa, dal Direttore della UOC Direzione Amministrativa di Ospedale, dal Direttore di Articolazione Aziendale di competenza e concesse senza che intervenga ulteriore provvedimento formale;
3. di dare atto che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo del sito istituzionale dell'Azienda per 10 gg. continuativi, inviata contestualmente al Collegio Sindacale, e diventa esecutiva il giorno stesso della sua pubblicazione, come da norma regolamentare approvata con deliberazione n. 1386 del 22/07/2022.



AL DIRETTORE GENERALE  
 e. p.c. AL DIRETTORE SANITARIO  
 tramite: IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA  
 IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE  
 IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto TRIPODI CARMEN  
 specialista in PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA  
 in servizio presso SERD, Centro sanitario polifunzionale Thiene

Chiedo di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'equipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di Psicoterapia e psicologia clinica.  
 A tal fine dichiaro di voler effettuare le seguenti prestazioni, eseguite anche in regime istituzionale, con gli stessi livelli qualitativi e con le stesse modalità di esecuzione:

**Codice**                      **Prestazione**  
 (secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)

Tipologia di costi*	durata minuti SSN	Tariffa SSN*	durata minuti LP	Tariffa LP (comprensiva di bollo se dovuto)

vedi allegato 1

**Personale di supporto**

(\*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

**Ripartizione della tariffa:**

- A1: Visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario)
- A2.b: Visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario)
- A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario)
- A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario)
- A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quota di costi fissi)
- A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quota di costi fissi)
- A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica)

**Giorni di attività** LUNEDI' dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ MARTEDI' dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 MERCOLEDI' dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ GIOVEDI' dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 VENERDI' dalle 15:00 alle 16:30 SABATO \* dalle 10:00 alle 12:00  
 \* jolly

**Sede di erogazione**

Ospedale/Distretto/Dipartimento: Centro sanitario polifunzionale Thiene  
 Struttura / Ambulatorio: \_\_\_\_\_  
 Strumentazione utilizzata: \_\_\_\_\_  
 Luogo e data Schie 23/02/26

IL RICHIEDENTE  
 (Timbro e firma)

Il dirigente che esercita l'attività libero professionale intramuraria è "autorizzato" al trattamento dei dati (ex art. 29 Reg. UE 679/2016).

**ATTESTAZIONE DI COMPATIBILITA' ORGANIZZATIVA**

Il Direttore dell'Unità Operativa V. SO. SERA. 2 attesta che la richiesta è  
 compatibile con le attività istituzionali del Servizio.  
 Luogo e data Schie, 2/3/26

Il Direttore Unità Operativa  
 Regione del Veneto - Azienda ULSS n.7  
 SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE  
 DOTT.SSA DEDOLA SUSANNA

**VERIFICA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA**

VI 5002

Verifica disciplina, prestazioni, codici, tariffe e tempistica: positiva.

Il Direttore  
 UOC Direzione Amministrativa di Ospedale  
 (dott.ssa Michela Piccinini) **MICHELA PICCININI**  
 05.03.2026  
 12:22:14  
 GMT+01:00

Luogo e data \_\_\_\_\_

**NULLA OSTA DELLA DIREZIONE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE**

Verifica spazi e orari: positiva.

Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione concede il nulla-osta all'esercizio della libera professione intra-moenia richiesta.

Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di  
 Regione del Veneto - Azienda ULSS n.7  
 Il Direttore Medico del Distretto 2  
 dr. Emanuele Barbierato

Luogo e data THIENE 10/03/2026

tramite: IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA  
IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE  
IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto TRIPODI CARMEN  
Specialista in PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA  
in servizio presso SERD, Centro sanitario polifunzionale Thiene

Chiedo di essere autorizzato a svolgere le seguenti prestazioni in libera professione individuale/d'equipe nella disciplina di  
Psicoterapia e psicologia clinica

Codice (secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)	Prestazione	Personale di supporto					
		Tipologia cost. (riparto)*	durata minuti SSN*	Tariffa SSN*	durata minuti I.P.	Tariffa LP	
94.09_2	Colloquio psicologico clinico	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 28,00	[ 60' ]	€ 90,00	SI [ ] NO [x]
94.01.1_2	Somministrazione e interpretazione di test dell'intelligenza	[ A1 ]	[ 90' ]	€ 10,50	[ 90' ]	€ 150,00	SI [ ] NO [x]
94.02.1_2	Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 60' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.02.1_6	Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Test di attenzione	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 60' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.08.1_2	Somministrazione e interpretazione di test delle funzioni esecutive	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 60' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.3_2	Psicoterapia individuale (per seduta)	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 19,30	[ 60' ]	€ 85,00	SI [ ] NO [x]
94.42_3	Psicoterapia familiare/ di coppia (per seduta)	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 23,20	[ 60' ]	€ 100,00	SI [ ] NO [x]
94.08.3_3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	[ A1 ]	[ 60' ]	€ 7,75	[ 60' ]	€ 90,00	SI [ ] NO [x]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]

(\*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

Ripartizione dalla tariffa:

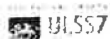
- A1: visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A2.b: visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell' onorario)
- A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 16% dell' onorario)
- A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quote di costi fissi)
- A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quote di costi fissi)
- A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica)

IL RICHIEDENTE

*Carmen Tripodi*

Luogo e data

Schio 23/02/26



**AL DIRETTORE GENERALE**  
 e, p.c. **AL DIRETTORE SANITARIO**  
 tramite: **IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA**  
**IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE**  
**IL DIRETTORE DI ART. COLAZIONE AZIENDALE**

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE																			
Il sottoscritto	<u>TRIPODI CARMEN</u>																		
specialista in	<u>PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA</u>																		
in servizio presso	<u>SERO, CASA DELLA SALUTE SCHIO</u>																		
<p><b>Chiede di essere autorizzato a svolgere, in forma individuale/d'equipe al di fuori dell'orario di servizio, attività libero professionale in regime ambulatoriale nella disciplina di Psicoterapia e psicologia clinica.</b></p> <p><b>A tal fine dichiara di voler effettuare le seguenti prestazioni, eseguite anche in regime istituzionale, con gli stessi livelli qualitativi e con le stesse modalità di esecuzione:</b></p>																			
<b>Codice</b> <small>(secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)</small>	<b>Prestazione</b>			<b>Personale di supporto</b>															
vedi allegato 1																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Tipologia di costi*</th> <th style="width: 15%;">durata minuti</th> <th style="width: 15%;">Tariffa</th> <th style="width: 15%;">durata minuti</th> <th style="width: 15%;">Tariffa LP</th> </tr> <tr> <td></td> <td>SSN</td> <td>SSN*</td> <td>LP</td> <td>(comprensiva di bollo se dovuto)</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p><small>(*) a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale</small></p> <p><b>Ripartizione della tariffa:</b></p> <p><b>A1:</b> Vista senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).</p> <p><b>A2.b:</b> Vista con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).</p> <p><b>A3:</b> Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).</p> <p><b>A4.b:</b> Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell'onorario).</p> <p><b>A5:</b> Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quote di costi fissi).</p> <p><b>A6.A:</b> Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quote di costi fissi).</p> <p><b>A7:</b> Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica).</p>					Tipologia di costi*	durata minuti	Tariffa	durata minuti	Tariffa LP		SSN	SSN*	LP	(comprensiva di bollo se dovuto)					
Tipologia di costi*	durata minuti	Tariffa	durata minuti	Tariffa LP															
	SSN	SSN*	LP	(comprensiva di bollo se dovuto)															
<p><b>Giorni di attività</b></p> <p><b>LUNEDI'</b> dalle 16:30 alle 18:30</p> <p><b>MARTEDI'</b> dalle _____ alle _____</p> <p><b>MERCOLEDI'</b> dalle _____ alle _____</p> <p><b>GIOVEDI'</b> dalle _____ alle _____</p> <p><b>VENERDI'</b> dalle _____ alle _____</p> <p><b>SABATO *</b> dalle 10:00 alle 12:00</p> <p>* jolly</p>																			
<p><b>Sede di erogazione</b></p> <p>Ospedale/Distretto/Dipartimento: <u>CASA DELLA SALUTE DI SCHIO</u></p> <p>Struttura / Ambulatorio: _____</p> <p>Strumentazione utilizzata: _____</p> <p>Luogo e data <u>Schio 23/02/26</u></p>																			
<p><b>IL RICHIEDENTE</b> (Titolo e firma)</p> <p><i>Carmen Tripodi</i></p>																			
<p><small>Il dirigente che esercita l'attività libero professionale intramuraria è "autorizzato" al trattamento dei dati (ex art. 29 Reg. UE 679/2016).</small></p>																			
<b>ATTESTAZIONE DI COMPATIBILITA' ORGANIZZATIVA</b>																			
<p>Il Direttore dell'Unità Operativa <u>JOSE BERAZZI</u> attesta che la richiesta è compatibile con le attività istituzionali del Servizio.</p> <p>Luogo e data <u>Schio, 2/3/26</u></p>																			
<b>VERIFICA DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>																			
<p>Verifica disciplina, prestazioni, codici, tariffe e tempistica: positiva.</p> <p style="text-align: right;">Il Direttore UOC Direzione Amministrativa di Ospedale <b>MICHELA RICCININI</b>  <small>(dott.ssa Michela Piccini)</small>                      05.03.2026                      12:22:15                      GMT+01:00</p>																			
<b>NULLA OSTA DELLA DIREZIONE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE</b>																			
<p>Verifica spazi e orari: positiva.</p> <p>Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione concede la nulla-osta all'esercizio della libera professione intramuraria richiesta.</p> <p style="text-align: right;">Il Direttore Medico / Distretto / Dipartimento di Prevenzione Regione del Veneto - Azienda ULSS n.7  <small>(Titolo e firma)</small>                      Il Direttore ad interim del Distretto 2                      dr. Emanuele Barbierato</p>																			
<p>Luogo e data <u>THIENE 10/03/2026</u></p>																			



AL DIRETTORE GENERALE  
e.p.c AL DIRETTORE SANITARIO

(All. 1)

tramite: IL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA  
IL DIRETTORE UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA di OSPEDALE  
IL DIRETTORE DI ARTICOLAZIONE AZIENDALE

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto TRIPODI CARMEN  
specialista in PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA  
in servizio presso SERD, CASA DELLA SALUTE SCHIO

Chiede di essere autorizzato a svolgere le seguenti prestazioni in libera professione individuale/d'equipe nella disciplina di Psicoterapia e psicologia clinica

Codice	Prestazione (secondo Catalogo Veneto Prescrivibile)	Personale di supporto					
		Tipologia costi (riparto)*	durata minuti SSN*	Tariffa SSN*	durata minuti LP	Tariffa LP	SI [ ] NO [x]
94.09_2	Colloquio psicologico clinico	[A1]	[ 60' ]	€ 28,00	[ 60' ]	€ 90,00	SI [ ] NO [x]
94.01.1_2	Somministrazione e interpretazione di test dell' intelligenza	[A1]	[ 90' ]	€ 10,50	[ 90' ]	€ 150,00	SI [ ] NO [x]
94.02.1_2	Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	[A1]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 60' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.02.1_6	Somministrazione e interpretazione di test della memoria. Test di attenzione	[A1]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 50' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.06.1_2	Somministrazione e interpretazione di test delle funzioni esecutive	[A1]	[ 60' ]	€ 6,30	[ 60' ]	€ 80,00	SI [ ] NO [x]
94.3_2	Psicoterapia individuale (per seduta)	[A1]	[ 60' ]	€ 19,30	[ 60' ]	€ 85,00	SI [ ] NO [x]
94.42_3	Psicoterapia familiare/ di coppia (per seduta)	[A1]	[ 60' ]	€ 23,20	[ 60' ]	€ 100,00	SI [ ] NO [x]
94.06.3_3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	[A1]	[ 60' ]	€ 7,75	[ 60' ]	€ 90,00	SI [ ] NO [x]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]
		[ ]	[ ]	€ _____	[ ]	€ _____	SI [ ] NO [ ]

(\*): a cura della Direzione Amministrativa di Ospedale

**Ripartizione della tariffa.**

- A1: Visita senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A2.B: Visita con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A3: Prestaz. Strumentale senza personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A4.b: Prestaz. Strumentale con personale di supporto (copertura dei costi aziendali pari al 10% dell' onorario)
- A5: Prestaz. Strumentale ad alto costo senza personale di supporto (con quote di costi fissi)
- A6.A: Prestaz. Strumentale ad alto costo con personale di supporto (con quote di costi fissi)
- A7: Ripartizione prestazioni per la branca 03 (Laboratorio analisi e Anatomia patologica).

IL RICHIEDENTE  
(firma e firma)

*Carmen Tripodi*

Luogo e data Schio 23/02/76