



**AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST (P.IVA 02198590503)**

**MODULO *REGISTRO PRESENZE DEGLI INFORMATORI SCIENTIFICI/SPECIALIST AUTORIZZATI***

**Direzione Medica del Presidio Ospedaliero.....**

<b>Data</b>	<b>Cognome e nome dell' IS/Specialist e nome Azienda/Ditta di appartenenza</b>	<b>Area tematica d'interesse/motivazione visita</b>	<b>Ora inizio visita/ accesso</b>	<b>Ora fine visita/ accesso</b>	<b>Firma IS/Specialist</b>	<b>Interlocutore Azienda NO</b>	<b>UO/Reparto Di accesso</b>

--	--	--	--	--	--	--	--

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: CHELLI PAOLA

CODICE FISCALE: TINIT-CHLPLA69T70D815N

DATA FIRMA: 28/06/2018 16:48:35

IMPRONTA: 39363239326331316164313536373738643033643064663464653562353464313462313238346361