

Al Direttore del

Presidio Ospedaliero.....

Il sottoscritto.....

legale rappresentante dell'Azienda..... sita

in via..... città.....

tel.....mail.....

chiede l'accesso presso la U.O.

del/dei professionista/professionisti.....per :

informazione scientifica

incontro multidisciplinare -hospital meeting

addestramento/formazione - specialist

sul tema.....

L'incontro avrà una durata prevista di ore.....;

Inoltre la ditta dichiara:

- che intende presentare ai professionisti dell'ATNO il seguente materiale.....
.....
....
- che s'impegna a registrare l'effettiva presenza in ATNO tramite la sottoscrizione su apposito registro tenuto presso la DMPO (orario inizio e fine visita/accesso)
- che manleva ATNO da qualsiasi onere economico derivante dagli infortuni in cui possono incorrere i propri professionisti o danni che questi possono arrecare a terzi durante l'espletamento dell'attività presso l'ATNO
- che ha preso visione del Codice di Comportamento pubblicato sul sito www.uslnordovest.toscana.it
 - che ha verificato o verificherà l'assenza di conflitto di interesse tra IS/Specialist e gli operatori ATNO coinvolti nell'iniziativa di cui alla presente richiesta
- la regolarità della sorveglianza sanitaria ed idoneità fisica degli informatori /specialist per i quali richiede con la presente l'accesso in ATNO

- l'ottemperanza a tutti gli adempimenti per lo Specialist previsti dal D.lgs 81/08 e ss.mm.ii. con specifico riferimento all'attività che svolge presso ATNO

Data

Firma

.....

.....

**PARTE DA COMPILARE E STAMPARE SOLO IN CASO DI AUTORIZZAZIONE DI INCONTRO
MULTIDISCIPLINARE**

AUTORIZZAZIONE in caso di **incontro multidisciplinare**

Si autorizza la Ditta.....ad organizzare l'incontro multidisciplinare sul
tema.....

L'incontro si svolgerà presso.....

All'incontro parteciperà il dott/la dott.ssa.....

della UO farmacia.

IL Direttore

Dipartimento del Farmaco

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 16:49:53

IMPRONTA: 39363239326331316164313536373738643033643064663464653562353464313462313238346361