



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

Spedali Riuniti S. Chiara - Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
(istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40)



Alla U.O. Direzione Medica di Presidio
c.a. Dott. Mauro GIRALDI
direzione.medica@ao-pisa.toscana.it
Tel. 050 995903-04 Fax 050 995745

Oggetto: RICHIESTA DI ACCESSO PER ASSISTENZA SPECIALISTICA

Io sottoscritt _____ in qualità di
Direttore UO/SD _____

CHIEDO

l'autorizzazione all'accesso ai luoghi di lavoro AOUP presso

- la Sala Operatoria _____
 l'ambulatorio chirurgico _____
 altro (specificare) _____

per il giorno ___/___/_____ dalle ore ___:___ alle ore ___:___ per lo Specialist di prodotto

(nome/cognome) _____

della Ditta _____

(*allegare autorizzazione della Società all'attività di Specialist presso l'AOUP)

per supporto tecnico inerente il dispositivo/strumento _____

in relazione alla Determina di Aggiudicazione ESTAR num. _____ del ___/___/___

in relazione all'impiego in visione e prova del dispositivo/strumento
_____ come da autorizzazione del _____

altro _____

attività che non può essere svolta in remoto.

Data ___/___/_____ Firma _____

Spazio Riservato alla UO Direzione Medica di Presidio

Visto il ___/___/_____ si autorizza non si autorizza

Per la UO Direzione Medica di Presidio

Quanto sopra nel rispetto del “*Regolamento dell’azienda ospedaliero-universitaria pisana per l’accesso alle sale operatorie e interventistiche*” e delle norme compartimentali per contenere il rischio infettivo di infezioni post-chirurgiche, a fini di semplice visione delle procedure e non alla partecipazione attiva (astenersi del tutto da qualsiasi manualità non solo in prossimità del campo chirurgico ma anche a livello dei tavoli madre e servitore, in fase cioè di preparazione strumentale) e previa acquisizione di consenso informato da parte del paziente.

*Tale autorizzazione deve essere mostrata, su richiesta, agli addetti del check-point.
Si inviano in allegato le indicazioni comportamentali.*



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

Spedali Riuniti S. Chiara - Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
(istituita con L.R.T. 24/02/2005, n.40)



Alla U.O. Direzione Medica di Presidio
c.a. Dott. Mauro GIRALDI
direzione.medica@ao-pisa.toscana.it
Tel. 050 995903-04 Fax 050 995745

Oggetto: RICHIESTA DI ACCESSO PER VISITA DI INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO, MONITORAGGIO DI STUDIO CLINICO

Io sottoscritt _____ in qualità di

[] Informatore Scientifico del Farmaco, per conto della Società* _____

[] Monitor dello studio clinico _____
attivato presso la UO/SOD _____
per conto della Società* _____

(*allegare autorizzazione della Società all'attività in oggetto presso l'AOUP)

CHIEDO

l'autorizzazione all'accesso ai luoghi di lavoro AOUP presso la UO/SOD _____
_____ per il giorno ___/___/_____ dalle ore ___:___ alle ore ___:___
avendo concordato l'appuntamento col Dott./Prof. _____
dovendo effettuare _____

attività che non può essere svolta in remoto.

L'indirizzo mail al quale poter inviare l'autorizzazione é _____

Per eventuali comunicazioni telefoniche potete contattarmi al num. _____

Data ___/___/_____ Firma _____

Spazio Riservato alla UO Direzione Medica di Presidio

Visto il ___/___/_____ [] si autorizza [] non si autorizza

Per la UO Direzione Medica di Presidio

*Tale autorizzazione deve essere mostrata, su richiesta, agli addetti del check-point.
Si inviano in allegato le indicazioni comportamentali.*