

Alla cortese attenzione della

Direzione Sanitaria
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli
Centrale

PEC: asufc@certsanita.fvg.it

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DITTE PRODUTTRICI ALL'ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE SCIENTIFICA

Il sottoscritto _____

legale rappresentante della Ditta _____

con sede legale a _____

indirizzo _____

telefono _____ e-mail/pec _____

CHIEDE

per la suddetta Ditta e per il professionista di seguito menzionato l'autorizzazione allo svolgimento presso le strutture dell'Azienda dell'attività di:

informazione scientifica

addestramento/formazione

Consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

DICHIARA

- la regolarità della sorveglianza sanitaria e idoneità fisica dell'Informatore Scientifico per il quale richiede l'accesso;
- l'ottemperanza a tutti gli adempimenti per l'Informatore Scientifico previsti dal D. Lgs 81/08 e ss.mm.ii con specifico riferimento alle attività svolte presso l'Azienda;
- che l'Informatore Scientifico in parola è coperto da polizza assicurativa infortuni;
- di aver preso visione, di aver diffuso all'Informatore Scientifico interessato il Regolamento in tema di informazione scientifica dei farmaci, di dispositivi medici e diagnostici in vitro
- che intende presentare attraverso l'Informatore Scientifico ai professionisti delle strutture aziendali i seguenti farmaci, dispositivi medici, presidi medico-chirurgici, alimenti a fini speciali e parafarmaci:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

DATI DELL'AZIENDA

Codice identificativo _____

Responsabile della Farmacovigilanza _____

Eventuali Aziende consociate/associate _____

Responsabile Scientifico _____

DATI DEL PROFESSIONISTA INFORMATORE SCIENTIFICO

Cognome e nome _____



Codice Fiscale / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Data di inizio attività presso l'Azienda _____

Tipologia di rapporto di lavoro con l'Azienda _____

Area tematica di interesse _____

Titolo di studio ed esperienza professionale maturata nell'area di interesse _____

N.B.: Si prega di allegare:

- curriculum vitae datato e firmato dal professionista Informatore Scientifico;
- scansione della Carta d'Identità del professionista Informatore Scientifico.

La Ditta si impegna a trasmettere tempestivamente le informazioni necessarie a tenere **sempre aggiornato** l'elenco dei propri Informatori Scientifici e ad informare la Direzione Sanitaria (o suo sostituto) in caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione con l'Informatore Scientifico in parola.

Allegati

- Curriculum vitae datato e firmato dal professionista Informatore Scientifico;
- Scansione della Carta d'Identità del professionista Informatore Scientifico.

Luogo e Data

Timbro e Firma Legale Rappresentante