

Al Direttore UO Farmacia

dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ sita

in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

chiede l'accreditamento della suddetta Azienda e dei suoi professionisti presso l'AOUC per lo svolgimento di attività di:

- informazione scientifica
- addestramento/formazione

a tal fine dichiara:

- la regolarità della sorveglianza sanitaria e idoneità fisica degli informatori/specialist per i quali richiede l'accesso in AOUC
- 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 AOUC
- che manleva AOUC da qualsiasi onere economico venga richiesto derivante dagli infortuni in cui possono incorrere i propri professionisti o dai danni che questi possono arrecare a terzi durante l'espletamento delle attività presso l'azienda, in ottemperanza a quanto disposto all'art. 15 del Regolamento di AOUC .
- che intende presentare ai professionisti dell'AOUC il seguente materiale (specificare categoria professionale e branca specialistica a cui intendono rivolgersi) del quale allegano documentazione\*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

---

**DATI DELL'AZIENDA**

codice identificativo \_\_\_\_\_  
responsabile della farmacovigilanza \_\_\_\_\_  
eventuali Aziende consociate/associate \_\_\_\_\_  
responsabile scientifico \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che per tali attività si avvarrà della collaborazione dei seguenti professionisti:

**DATI DEL PROFESSIONISTA**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

INFORMATORE SCIENTIFICO  SPECIALIST

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data inizio attività presso l'Azienda \_\_\_\_\_

Tipologia del rapporto di lavoro con l'Azienda \_\_\_\_\_

Area tematica di interesse \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Allegare curriculum vitae\* firmato dal professionista*

L'Azienda si impegna a trasmettere tempestivamente le informazioni necessarie a tenere sempre aggiornato l'elenco dei propri IS e *Specialist* e ad informare tempestivamente la SOD Farmacia in caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione degli Informatori

Allegati:

- Documentazione relativa al materiale che verrà presentato ai professionisti dell'AOUC
- Curriculum vitae dell'informatore/specialist datato e firmato

Data

Firma e timbro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_