



## AUTODICHIARAZIONE SPECIALIST

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Autorizzato dal Policlinico di Foggia ad accedere al Blocco Operatorio in qualità di

Specialist per la procedura \_\_\_\_\_

Programmata in data: \_\_\_\_\_ Patologia \_\_\_\_\_

Riguardante il paziente: \_\_\_\_\_

Presso la Struttura: \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di essere a conoscenza del Regolamento aziendale e che ai sensi dell'art. 10 la propria attività non potrà mai tramutarsi in pratica clinica operativa né surrogare in alcun modo l'assistenza medica.
- di esonerare espressamente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Foggia, nonché i soggetti ad essa collegati, i suoi rappresentanti, i suoi dipendenti da qualsivoglia responsabilità civile in cui l'Azienda stessa potrebbe incorrere in conseguenza dell'attività in cui il sottoscritto è ammesso a partecipare.

In particolare il sottoscritto si obbliga a manlevare e tenere indenne il Policlinico di Foggia da qualsiasi pregiudizio, perdita, danno, responsabilità, costo, onere o spesa, incluse spese legali, derivanti da pretese o azioni avanzate da terzi che possano originarsi in conseguenza dell'attività cui lo stesso è ammesso a partecipare presso le strutture del Policlinico di Foggia.

Foggia, \_\_\_\_\_

Lo Specialist \_\_\_\_\_