



AUTORIZZAZIONE ALL'ACCESSO DEGLI INFORMATORI SCIENTIFICI DI FARMACI/DISPOSITIVI MEDICI

Al Direttore Generale
Policlinico di Foggia

Al Direttore Struttura
Affari Generali e Privacy
protocollo@pec.ospedaliriunitifoggia.it

OGGETTO: Richiesta autorizzazione a svolgere attività di informazione scientifica presso il Policlinico di Foggia.

Il sottoscritto: _____

Codice Fiscale: _____

Documento: _____ n. _____ Rilasciato da: _____ il _____

Per l'Azienda presso cui è abilitato: _____

N. Codice identificativo azienda: _____

Prodotto: _____

Area terapeutica: _____

Chiede di essere autorizzato a svolgere l'attività di informazione scientifica di farmaci/dispositivi medici presso il Policlinico di Foggia nel rispetto del Regolamento Aziendale di cui ho preso visione.

Data: _____ Firma dell'informatore _____

N.B.: Allegare alla scansione documento di identità e tesserino di riconoscimento fornito dall'azienda farmaceutica

MODULO DA COMPILARE A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA

Vista l'istanza che precede

SI AUTORIZZA

a svolgere attività di informatore scientifico presso il Policlinico di Foggia negli spazi, negli orari e nei giorni previsti dal Regolamento Aziendale e nel rispetto della normativa Vigente.

Foggia, li _____

Il Direttore Sanitario