



SCHEDA RICHIESTA DI ACCESSO SPECIALIST

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità Direttore/Responsabile della
Struttura _____ del Policlinico di Foggia

Chiede l'autorizzazione all'accesso a:

- ☐ Blocco Operatorio
☐ Struttura/ Ambulatorio (specificare) _____

per lo Specialista di prodotto: _____

Nome Cognome	
Codice Univoco Regionale	
Luogo e data di nascita:	
Ente di appartenenza e indirizzo:	
Recapito telefonico:	
Giorno/i previsto/i d'ingresso:	
Motivazione della fornitura:	
Unità Operativa di riferimento:	
NOTE:	

Data _____ Firma _____

A CURA DELLA DIREZIONE SANITARIA

Valutata la richiesta

- ☐ SI AUTORIZZA
☐ NON SI AUTORIZZA (specificare _____)

Data _____ Firma _____