**Al Direttore UOC Farmacia**

**Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli**

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

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

sita in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

chiede l'accreditamento della suddetta Azienda e dei suoi professionisti presso la Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli (di seguito FPG) per lo svolgimento di attività di:

* Informazione Scientifica ❑
* Addestramento/formazione ❑

A tal fine dichiara:

* Che l’azienda si fa carico della copertura assicurativa dello *Specialist* per qualsiasi forma di danno contro terzi;
* La regolarità della sorveglianza sanitaria e idoneità fisica degli Informatori/*Specialist* per i quali richiede l'accesso in FPG;
* L’ottemperanza a tutti gli adempimenti per lo *Specialist* previsti dal D.Lgs 81/08 ss.mm.ii. e dal D.Lgs 230/95 ss.mm.ii. con specifico riferimento all'attività che svolgerà presso la FPG;
* Il rispetto della normativa in merito alla riservatezza dei dati sanitari (privacy) e la formazione specifica in merito dei propri operatori;
* Che esonera la FPG 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 dalle procedure aziendali FPG vigenti in FPG;
* Che intende presentare ai professionisti della FPG materiale informativo autorizzato relativo a farmaci/dispositivi/presidi medici per le seguenti categorie professionali/branca specialistica:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che i titoli di studio l’esperienza professionale maturata nell'area di interesse dei propri IS/Specialist sono in accordo con la normativa vigente e con quanto riportato nella procedura aziendale FPG PRO.103;
* **Di aver preso visione ed accettare integralmente il regolamento aziendale per l'informazione medico-scientifica e per l'accesso degli *Specialist* (PRO.103 della FPG).**

**DATI DELL'AZIENDA**

Codice Identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabile della farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali Aziende consociate/associate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabile scientifico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara inoltre che per tali attività si avvarrà della collaborazione dei seguenti professionisti (Massimo 10 per azienda):

**DATI DEL PROFESSIONISTA (*Per ogni professionista presentato*)**

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

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 UOC Farmacia in caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione degli Informatori.

Data Firma

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