A.O.U. POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

REGISTRO ACCESSO SPECIALIST (per Ditta)

P.O. _____ Dipartimento/U.O. /Sala operatoria/Area sanitaria similare _____

DIRETTORE/RESPONSABILE_____

Nr. Registro SO/Area sanitaria similare	**Data di accesso**	**Ora di accesso**	**UO richiedente**	**Motivazione**	**Specialist** (generalità e firma)	**Nr. Tesserino identificativo**	**Ditta**	**Dichiarazione di idoneità dello Specialist e di nomina di incaricato al trattamento dei dati** *(a cura della Ditta)*	**Utilizzo DPI richiesti per l'accesso (SI/NO)**