



A.O.U. POLICLINICO VITTORIO EMANUELE DI CATANIA

## RICHIESTA DI ACCESSO DI SPECIALIST

### nei Blocchi operatori e aree sanitarie similari

(inviare almeno 3 giorni lavorativi prima)

Al Direttore Dipartimento \_\_\_\_\_  Al Direttore UO \_\_\_\_\_

Al Responsabile Blocco Operatorio \_\_\_\_\_ PO \_\_\_\_\_

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_

in qualità di  Direttore/Dirigente medico UO \_\_\_\_\_ Coordinatore UO \_\_\_\_\_

Chiede l'accesso temporaneo al Blocco Operatorio od Area Similare ( \_\_\_\_\_ ) PO \_\_\_\_\_

del Dott / Sig \_\_\_\_\_ della Ditta \_\_\_\_\_

per l'esecuzione di \_\_\_\_\_

per il paziente \_\_\_\_\_ N°SDO/Cartella clinica \_\_\_\_\_

intervento programmato per giorno \_\_\_\_\_ previsto utilizzo radiazioni si  no prevista attività in ambiente sede di RMN si  no 

Data \_\_\_\_\_ Firma e timbro \_\_\_\_\_

*Previo controllo della presenza del nominativo nell'elenco dei soggetti autorizzati e del rispetto delle misure di protezione individuale ai relativi fattori di esposizione e rischio*

**Si autorizza** **Non si autorizza** 

Direttore del Dipartimento (firma e timbro) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Direttore dell'U.O. (firma e timbro) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Si allegano:

1. Richiesta prodotta all'Azienda fornitrice per la presenza di Specialist
2. Comunicazione del nominativo Specialist, individuato dall'Azienda fornitrice