Alla c.a. UOC Direzione Medica Ospedaliera

Istituto Oncologico Veneto IRCCS

PEC [protocollo.iov@pecveneto.it](mailto:protocollo.iov@pecveneto.it)

e-mail [direzione.medica@iov.veneto.it](mailto:direzione.medica@iov.veneto.it)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ informatore scientifico della Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, abilitato/a all’attività di Informazione Scientifica ai sensi della DGR n. 1624 del 22/12/2023, in possesso di tesserino di riconoscimento vidimato (se previsto) dalla Direzione Farmaceutico-Protesica-Dispositivi Medici della Regione del Veneto (ove applicabile), recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

CHIEDE

* di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta alla/e seguente/i UO dell’Istituto Oncologico Veneto IRCCS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di poter effettuare attività di informazione scientifica rivolta al/ai seguente/i professionista/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ afferente/i alla/e seguente/i UO dell’Istituto Oncologico Veneto IRCCS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN MERITO A

* FARMACI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome commerciale** | **Principio attivo** | **Forma farmaceutica** | **Dosaggio** | **ATC** | **Motivo** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* DISPOSITIVI MEDICI O DISPOSITIVI MEDICI IN VITRO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome commerciale** | **Categoria CND** | **Classe di rischio** | **Motivo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Firma)

Sezione riservata alla UOC Direzione Medica Ospedaliera

□ si autorizza

□ NON si autorizza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Medico

UOC Direzione Medica Ospedaliera

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

(timbro e firma)

Da inviare al soggetto richiedente, alle UUOO coinvolte, alla Segreteria della Commissione Terapeutica Aziendale e al Referente aziendale per l’informazione scientifica