



**Autorizzazione all'accesso Informatori Scientifici
nelle strutture dell'ASP IMMeS e PAT**

Sezione da compilare a cura dell'Informatore Scientifico

Il sottoscritto _____

dell'Azienda Farmaceutica _____

richiede di essere autorizzato all'ingresso nella vostra struttura per svolgere attività di informatore scientifico.

Data _____

Firma _____

Sezione da compilare a cura della Direzione Medica di Presidio

Si autorizza il dott. _____

ad accedere alle strutture della scrivente ASP IMMeS e PAT per il periodo dal 1/1/20__ al 31/12/20__ dalle ore 12.00 alle ore 14.00, dal lunedì al venerdì per svolgere attività di Informatore Scientifico del Farmaco.

Detta attività avverrà nei locali concordati dall'azienda con i medici e farmacisti interessati, previo appuntamento e comunque al di fuori degli orari di visita dei pazienti.

Si comunica che l'attività dell'informatore scientifico potrà essere oggetto di controlli a campione da parte della Direzione Medica di Presidio sul rispetto della normativa vigente in materia (DGR VIII/4220 del 28/02/2007 e D.lgs n. 219/2006).

Si consegna al momento dell'autorizzazione, per opportuna conoscenza, una copia del regolamento aziendale per l'attività degli informatori scientifici.

Data _____

Firma _____