

Spett.le ASUGI

Alla Segreteria
S.C. Direzione Medica di Presidio
Ospedale Maggiore

PEC: asugi@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto _____

legale rappresentante della Ditta _____

con sede legale a _____

indirizzo _____

telefono _____ e-mail/pec _____

CHIEDE

L'accreditamento di questa azienda e la contestuale autorizzazione all'accesso dei propri professionisti di seguito menzionati presso le strutture di ASUGI dell'attività di:

- informazione scientifica addestramento / formazione

Consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000, sotto la personale responsabilità.

DICHIARA

- la regolarità della sorveglianza sanitaria e idoneità fisica degli informatori Scientifici / specialisti di prodotto per i quali richiede l'accesso;
- l'ottemperanza a tutti gli adempimenti per gli Informatori Scientifici / specialisti di prodotto previsti dal D. Lgs 81/08 e ss.mm.ii con specifico riferimento alle attività svolte presso l'Azienda;

- che gli Informatori Scientifici / specialisti di prodotto in parola sono coperti da polizza assicurativa infortuni e responsabilità Civile verso Terzi (RCT);
- di aver preso visione e di aver diffuso agli Informatori Scientifici / specialisti di prodotto il Regolamento per l'informazione medico-scientifica e per l'accesso degli informatori e degli specialisti di prodotto nell'ambito dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina
- di aver preso visione e di aver diffuso agli Informatori Scientifici / specialisti di prodotto il "Documento informativo sui principali rischi presenti in ASUGI" pubblicato sul sito internet di ASUGI al seguente indirizzo:
https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/menu_servizi/s_prof/s_informatori_scientifici/
- in ottemperanza al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e del Codice italiano in materia di protezione dei dati personali D.Lgs 196/2003, adeguato al Regolamento dal Dlgs 101/2018 che tutti gli informatori scientifici / specialisti di prodotto si impegnano, nel caso in cui dovessero venire a conoscenza in conseguenza dell'attività svolta di informazioni relative a dati personali e sensibili riferiti a soggetti che ricevono o hanno ricevuto prestazioni sanitarie presso l'ASUGI:
 - o a mantenere tali informazioni strettamente confidenziali e riservate e ad adottare tutte le ragionevoli misure finalizzate a mantenerle tali.
 - o a non usare tali dati in modo da poter arrecare qualsivoglia tipo di danno ai soggetti interessati, né per scopi diversi da quelli strettamente necessari allo svolgimento del proprio compitoQuesto obbligo di non divulgazione e confidenzialità è a tempo indeterminato e rimane valido anche dopo la conclusione dell'attività.
- di manlevare ASUGI da qualsiasi onere economico venga richiesto derivante
 - o dagli infortuni in cui possano incorrere i propri professionisti
 - o dai danni che questi possano arrecare a terzi durante l'espletamento della attività presso l'Azienda
 - o da qualsiasi pretesa avanzata da terzi o sanzione imposta ad ASUGI a causa di una inadempienza colposa, da parte dell'informatore scientifico e/o specialista di prodotto, all'obbligo di non asportazione di dati personali, non divulgazione e confidenzialità.

DATI DELL'AZIENDA

Codice identificativo _____

Responsabile della Farmacovigilanza _____

Eventuali Aziende consociate/associate _____

Responsabile Scientifico _____

La Ditta si impegna a trasmettere tempestivamente le informazioni necessarie a tenere **sempre aggiornato** l'elenco dei propri Informatori Scientifici / specialisti di prodotto e ad informare la Direzione Medica di Presidio dell'ospedale Maggiore in caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione con gli Informatori Scientifici / specialisti di prodotto in parola.

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante

DATI DEL PROFESSIONISTA INFORMATORE SCIENTIFICO / SPECIALISTA DI PRODOTTO

Cognome e nome _____

Codice Fiscale / _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Data di inizio attività presso l'Azienda _____

Tipologia di rapporto di lavoro con l'Azienda _____

Area tematica di interesse _____

Titolo di studio ed esperienza professionale maturata nell'area di interesse _____

Allegato

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità del professionista Informatore Scientifico / specialista di prodotto.

Luogo e data

Timbro e firma del legale rappresentante
