

MODELLO A –RICHIESTA ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI (VALIDITÀ 1 ANNO SOLARE DALLA DATA DI AUTORIZZAZIONE)

ALLA DIREZIONE SANITARIA

Azienda Ospedaliera per l'emergenza Cannizzaro

Il sottoscritto in qualità di _____ della ditta _____ con sede in _____ pec _____ avanza formale richiesta di abilitare l'informatore scientifico dott/dott.ssa _____ nato a _____ dipendente/ _____ collaboratore della ditta alla divulgazione scientifica dei sottoriportati prodotti all'interno della AO Cannizzaro, attestando con la sottoscrizione della presente che lo stesso risulta in possesso dei requisiti previsti dall'art.9 comma 2 del Decreto Legislativo n. 541 del 30/12/1992.

SI ATTESTA ALTRESI' Che la presente richiesta di autorizzazione all'informazione medica attiene la seguente tipologia di prodotti :

- ☐ Farmaco denominato _____
- ☐ Integratori denominati _____
- ☐ dispositivi medici _____

presso la U.O di _____ ovvero presso il Gruppo Operatorio _____

DICHIARA ALTRESI':

nella consapevolezza delle responsabilità prevista dal DPR 445/2000 e smi in caso di dichiarazioni mendaci che il prodotto per cui si intende svolgere attività informativa risulta :

- ☐ disponibile a seguito di aggiudicazione di gara in atto vigente ;
ovvero
- ☐ non disponibile in quanto non aggiudicato in nessuna gara aziendale e/o di bacino e/o regionale ma di cui si intende effettuare promozione (NB: *la presente autorizzazione in questo caso avrà validità solo una tantum*)
- ☐ Dichiaro che l'attività di informazione scientifica riguarderà esclusivamente le caratteristiche del prodotto commercializzato e non comporterà alcuna attività o promessa tesa a incentivare l'utilizzo del prodotto medesimo e di essere a conoscenza che qualsiasi trasgressione a tale indicazione potrà comportare la revoca della presente autorizzazione e di essere a conoscenza che nel caso di verificato accesso di informatori non dotati di autorizzazione l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro potrà comportare il ritiro della autorizzazione e il diniego futuro
- ☐ Di essere a conoscenza che le visite non potranno essere più di una al mese

Data

Timbro della ditta e Firma