

**U.O.S.D. Formazione, Didattica e Ricerca**

Dirigente: Dott.ssa Stefania Di Roma  
Responsabile Procedimento: Dott.ssa Paola Giorgi  
E-mail: [pgiorgi@hsangiovanni.roma.it](mailto:pgiorgi@hsangiovanni.roma.it)

(da allegare alla domanda di ammissione)

Roma,

Alla U.O.S.D. Formazione, Didattica e Ricerca  
Al Caposala Blocco Operatorio .....  
Al Medico Competente  
LL.SS.

**OGGETTO: Accesso c/o sala operatoria Medico Frequentatore/Specialista**

Il sottoscritto Dott..... Direttore/Responsabile della  
U.O.C.....

**chiede l'autorizzazione alla presenza presso la camera operatoria del medico Frequentatore /Specialista:**

Dott. .... a titolo di Frequenza Professionalizzante.

A tal fine **DICHIARA**

- **che la presenza in sala operatoria** del Frequentatore/Specialista Dott. ....  
....., **di natura osservazionale**, è finalizzata dello sviluppo di ulteriori  
competenze e abilità professionali pratiche nell'intervento di Chirurgia .....;
- che il Dott..... è in possesso dei requisiti scientifici e  
tecnico-professionali necessari;

**Attesta** che il Dott. ....

- sarà presente in sala operatoria per il tempo necessario allo svolgimento dell'intervento chirurgico;
- non sarà presente durante l'erogazione di raggi X;
- sarà presente durante l'erogazione di raggi X, dotato di tutti i dispositivi di protezione individuali;
- è stato adeguatamente informato sui rischi presenti e sulle procedure in uso in Sala Operatoria;

**Assicura** che lo stesso:

- effettuerà il lavaggio sociale delle mani prima di entrare in sala operatoria;
- indosserà divisa idonea e mascherina chirurgica, copricapo, camice monouso, calzari e guanti che cambierà se assisterà agli interventi di più pazienti;
- in caso di necessità di esposizione a Radiazioni Ionizzanti lo Specialista è personale classificato dotato di dosimetro
- sarà dotato del Giudizio d'Idoneità alla mansione specifica.

**Si allega:**

- Copia Assicurazione per Responsabilità civile e contro gli Infortuni connessi alla Frequenza del Medico Frequentatore/Specialista, come da regolamento aziendale per le Frequenze formative.

Il Direttore U.O.C. richiedente

Il Direttore  
U.O.C. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri  
Si autorizza

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)