

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

(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)