



**MODULO ACCESSO INFORMATORI SCIENTIFICI
DEL FARMACO/DM**

AI SENSI DEL REGOLAMENTO AZIENDALE SULL'INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEI FARMACI, LA PRESENTE ATTESTAZIONE DEVE ESSERE COMPILATA DALL'INFORMATORE E CONSEGNATA AL MEDICO INTERESSATO, ED È ELEMENTO ESSENZIALE PER POTER SVOLGERE L'ATTIVITÀ.

Le attestazioni compilate devono essere recapitate dai medici interessati entro il giorno dieci del mese successivo alle rispettive Direzioni:

Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Fidenza o dell'Ospedale di Borgotaro, Direttore Dipartimento Cure Primarie, Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Direttore Dipartimento Sanità Pubblica.

Il sottoscritto informatore scientifico

della Ditta

abilitato all'attività di informazione scientifica nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna ai sensi della DGR

2309/2016 – nr tesserino regionale recapito telefonico

ATTESTA

di aver effettuato attività di informazione scientifica in data dalle ore alle ore

presso

con la presenza dei seguenti professionisti:

| | |
|----|-----|
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |
| 5. | 6. |
| 7. | 8. |
| 9. | 10. |

Relativamente ai seguenti farmaci

| Nome commerciale | Principio Attivo | Forma farmac. | Dosaggio | ATC | Motivo della presentazione/note | consegna di camp. grat. |
|------------------|------------------|---------------|----------|-----|---------------------------------|---|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Relativamente ai seguenti dispositivi medici

| Nome commerciale | Categoria CND | Classe di rischio | Motivo della presentazione/note |
|------------------|---------------|-------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |

Data

firma