****

**MOD. 3**

***RICHIESTA ACCESSO TEMPORANEO AL B.O DI PERSONALE ESTERNO***

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Direttore/Resp. della UOC/UOSD di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede l’accesso temporaneo al Blocco Operatorio del P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Sig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE DELL’ACCESSO:

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

Data Direttore UOC/UOSD

SI AUTORIZZA

Prot. n. \_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.O.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***RICHIESTA ACCESSO CONTINUATIVO AL B.O DI PERSONALE ESTERNO***

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Direttore/Resp. della UOC/UOSD di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del P.O. di \_\_\_\_\_\_\_ chiede l’accesso temporaneo al Blocco Operatorio del P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(massimo 6 mesi)

**MOTIVAZIONE DEGLI ACCESSI:**

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**CALENDARIO DEGLI ACCESSI:**

Data Direttore UOC/UOSD

SI AUTORIZZA

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE MEDICO DEL P.O.