



## AUTOCERTIFICAZIONE SPECIALISTA DI PRODOTTO

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità

dichiaro

1. di essere registrato attraverso la piattaforma informatica predisposta dalla Regione Emilia-Romagna sul registro anagrafico degli Specialist.
2. di attestare l'assenza di situazioni, anche solo potenziali, di conflitto di interesse con il personale della specifica struttura aziendale e, più in generale, con l'Azienda Usl di Modena.
3. di possedere tessera identificativa da esporre per tutto il tempo di permanenza nello Stabilimento Ospedaliero.
4. di rispettare pienamente le indicazioni esplicitate dalla Delibera Regionale Num. 351 del 12/03/2018 in materia di gestione e contenimento del rischio biologico in ambito sanitario.
5. di beneficiare di copertura assicurativa, sia rispetto ad infortuni e malattie professionali sia rispetto a responsabilità civile verso terzi.
6. di aver letto, compreso e accolto il contenuto del documento rischi specifici negli ambienti AUSL e relative misure di prevenzione e di emergenza.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Consegnare alla Segreteria della Direzione Sanitaria di Ospedale la scheda compilata e firmata:

- per intervento in elezione/programmato: almeno nella settimana precedente
- per intervento in urgenza differibile: almeno nel giorno precedente
- per intervento in urgenza indifferibile: contestualmente all'accesso nel BO per l'esecuzione della procedura chirurgica.