

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	MODULO DI REGISTRAZIONE ⇒ RICHIESTA INSERIMENTO NUOVO PROFESSIONISTA IN ALBO AUTORIZZATI / VARIAZIONE DATI ⇒ COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE INCARICO	T.02/RA 35 Rev. 02 del 13/07/2020 Pag. 1 di 1
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

A:

**COMMISSIONE DI AUTORIZZAZIONE ISF/SP
UO DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO**

Il/la sottoscritto/a _____
legale rappresentante dell'Azienda _____
sita in via _____ città _____
tel. _____ mail _____

DATI DELL'AZIENDA

Codice identificativo _____
Responsabile della farmacovigilanza _____
Eventuali Aziende consociate/associate _____
Responsabile scientifico _____

chiede:

INSERIMENTO NUOVO PROFESSIONISTA IN ALBO AUTORIZZATI / VARIAZIONE DATI

Cognome e nome _____

Data inizio attività presso l'Azienda _____

Tipologia del rapporto di lavoro con l'Azienda _____

Area tematica di interesse _____

Titoli e/o esperienza professionale maturata nell'area d'interesse _____

ALLEGARE:

- File Excel "Dati Azienda e ISF/SP" debitamente compilato in tutte le sue parti

- In analogia a quanto previsto all'art. 26 del D.Lgs 81/2008 smi per gli appalti, per la verifica dell'idoneità tecnico-professionale si allegano inoltre:

1. Autocertificazione riguardante l'iscrizione alla camera di commercio, industria e artigianato della società _____ dalla quale il suddetto professionista dipende;

2. Autocertificazione della suddetta società, ovvero del collaboratore libero professionale sopra indicati, del possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale, ai sensi dell'articolo 47 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445.

- Elenco documentazione presentata (T.05/RA35)

ELIMINAZIONE PROFESSIONISTA DALL'ALBO WEB

Cognome e nome _____

Data cessazione attività presso l'Azienda _____

Data

Firma e timbro del Legale Rappresentante dell'Azienda