

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA</p>	RICHIESTA DI ACCESSO IN SALA OPERATORIA	M/919/337 Rev. 1 Pagina 1 di 1
--	--	--------------------------------------

Al Blocco Operatorio
Fax 06 33775070

Il/La sottoscritto/a _____

chiede di essere ammesso alla sala operatoria del reparto di :

_____ in qualità di _____ in data _____
(specificare qualifica ed eventuale ditta di appartenenza)

per _____
(specificare motivazione che giustifica la presenza in sala operatoria)

**Dichiara altresì di non partecipare attivamente all'intervento e libera
l'Azienda Ospedaliera Sant' Andrea da qualsiasi responsabilità.**

Roma lì, _____ Firma del richiedente

_____ Visto, si approva
(firma e timbro del medico responsabile)

Roma lì, _____ Nulla Osta Dirigente Medico Direzione Sanitaria
(firma e timbro)