

 <p><small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small>  <b>AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA          SANT'ANDREA</b></p>	<b>RICHIESTA DI ACCESSO          IN SALA OPERATORIA</b>	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)