



### NOTE INFORMATIVE PER ACCESSO DI PERSONALE ESTERNO

(da compilare e consegnare all'infermiere/ostetrico/tecnico coordinatore)

Data ..... / ..... / .....

luogo .....

Il/I sottoscritto/i .....

Accompagnatore di ....., in qualità di .....

Incaricato/i da Ditta/Società .....

su permesso/invito del Dott. ....

dell'Unità Operativa di .....

#### DICHIARA/NO

Di essere stato/i informato/i da .....

#### in merito alle raccomandazioni da adottare:

- Osservare scrupolosamente le norme di pulizia personale e di igiene delle mani
- Rispettare i percorsi indicati e le indicazioni fornite dal personale
- Indossare i dispositivi monouso forniti dall'Azienda
- **Solo per gli incaricati di ditta/società**, indossare una targhetta identificativa, corredata di fotografia, contenente le generalità e l'indicazione del datore di lavoro.

Di aver preso visione e di adeguarsi ai contenuti delle medesime e di rispettare la Tutela della riservatezza delle informazioni ai sensi del D.Lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy).

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
(leggibile, per esteso)

#### Firma

del medico/coordinatore che ha autorizzato l'ingresso

\_\_\_\_\_  
(leggibile, per esteso)