

TIMBRO DELL'AZIENDA RICHIEDENTE



PROGRAMMA PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO DI GRADO AVANZATO POTENZIALMENTE CANDIDABILE AL TRAPIANTO CARDIACO E PER LA VALUTAZIONE CLINICA PRESSO I CENTRI SPOKE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

RICHIESTA DI CONSULENZA CARDIOLOGICA / CARDIOCHIRURGICA / ANESTESIOLOGICA

Al Responsabile Medico del Programma Trapianto di cuore e Scompenso cardiaco avanzato
Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola Malpighi
Dott. Luciano Potena
Fax **051 6363766** – email: scompenso.trapiantocuore@aosp.bo.it

E p.c.
Al Settore Convenzioni
Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola Malpighi
consulenze@aosp.bo.it

Il/la Sottoscritta _____

in qualità di Dirigente Medico di Direzione Sanitaria dell'Azienda richiedente:

CHIEDE

all'**Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico di Sant'Orsola** la valutazione

del/la paziente (Cognome/Nome): _____

ricoverato/a presso la Terapia Intensiva _____ dell'Azienda scrivente

con diagnosi di: _____

rif. per contatti telefonici: _____

DICHIARA

di essere a conoscenza delle seguenti condizioni poste dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna – Policlinico di Sant'Orsola e di accettarle.

- La prestazione richiesta viene effettuata dall'equipe medica all'INTERNO DELL'ORARIO DI LAVORO
- La copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi è a carico dell'Azienda richiedente, in quanto beneficiaria delle prestazioni di consulenza, fatta salva la copertura per colpa grave che resta in carico al consulente.
- L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, trattandosi di attività effettuata all'interno dell'orario di lavoro, assicura i propri dipendenti all'INAIL per rischio, infortuni e malattie professionali, secondo la vigente normativa.
- Per quanto riguarda il trattamento dei dati personali, strumentale allo svolgimento delle attività in oggetto, le parti si impegnano, per quanto di propria competenza, al rispetto delle prescrizioni e degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Sarà cura del Titolare del trattamento provvedere all'adempimento agli obblighi sanciti dall'art. 28 del regolamento UE n. 679/2016 del D. Lgs. N. 196/2003 e s.m.i.

Data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante o Suo Delegato _____