

Alla cortese attenzione della  
**Direzione sanitaria**

Trasmesso via PEC all'indirizzo:  
[arcs@certsanita.fvg.it](mailto:arcs@certsanita.fvg.it)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AZIENDE PRODUTTRICI/COMMERCIALI  
ALL'ATTIVITA' DI INFORMAZIONE SCIENTIFICA E COMMERCIALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_  
con sede legale a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail / pec \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per la suddetta Azienda e per i professionisti di seguito menzionati l'autorizzazione allo svolgimento presso ARCS dell'attività di informazione scientifica/commerciale.

Consapevole di quanto stabilito dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 in merito alla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445/2000, sotto la personale responsabilità

**DICHIARA**

- che gli IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS in parola sono coperti da polizza assicurativa infortuni;
- di aver preso visione e di aver diffuso agli IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE interessati il Regolamento in materia di informazione scientifica e commerciale di ARCS;
- che intende presentare attraverso gli IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE ai dipendenti aziendali che svolgono un'attività riconducibile all'acquisizione e/o alla gestione di farmaci, dispositivi, presidi o prodotti nutraceutici e/o integratori e altri prodotti riconducibili agli ambiti clinici e farmaceutici;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**DATI DELL'AZIENDA (solo per gli IS)**

Codice identificativo \_\_\_\_\_

Eventuali Aziende consociate/associate (incluso Codice identificativo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**DATI DEGLI IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE**

1) Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Responsabile Area Manager \_\_\_\_\_

*Allegato:**- copia del documento d'identità IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE*

2) Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Responsabile Area Manager \_\_\_\_\_

*Allegato:**- copia del documento d'identità IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE*

3) Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Responsabile Area Manager \_\_\_\_\_

*Allegato:**- copia del documento d'identità IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE*

L'Azienda si impegna a trasmettere tempestivamente le informazioni necessarie a tenere sempre aggiornato l'elenco dei propri *IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE* e a informare la Direzione sanitaria (o suo delegato) in caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione con i *IS/KAM/RAM/RSM/TSS/SPS/MSL/FIGURE ANALOGHE* medesimi.

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_