

Io sottoscritto Dott. MARIO BELLARZI

Nato a MILANO il 2-2-68

Residente a MILANO via GHARARDINI 2

dichiaro di accettare l'incarico di Direttore Sanitario dell'A. I. B. ROZIANA MEDICAL CENTER
Sito in Milano, via GIUSEPPE FRUA N. 22

Dichiaro di assumere la responsabilità tecnica con particolare riferimento a:

- a) l'organizzazione e il buon funzionamento dei servizi;
- b) l'assegnazione ai singoli servizi del personale sanitario, tecnico ed infermieristico che deve essere fornito dei titoli indispensabili per l'esercizio delle singole attività professionali;
- c) il regolare funzionamento delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche installate nel complesso sanitario;
- d) il rispetto delle norme di tutela degli operatori contro i rischi derivanti dalla loro specifica attività;
- e) il controllo delle attività di supporto ed in particolare quelle di disinfezione e di sterilizzazione;
- f) la registrazione, trascrizione ed archiviazione dei referti;
- g) le segnalazioni e denunce obbligatorie previste dalle vigenti disposizioni di legge;
- h) la vigilanza sull'applicazione delle vigenti disposizioni in materia di presidi diagnostici, curativi e riabilitativi.

Dichiaro altresì la non sussistenza di incompatibilità all'assunzione dell'incarico.

Data 23/3/05 Firma per esteso Mario Bellarzi

Barrare l'opzione utilizzata:

- Firma apposta in presenza del responsabile del procedimento o del dipendente addetto.....
- Allege fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)