

A.O.U. G.Martino

Direttore U.O.C.....
Al Rid del Dipartimento.....
alla Responsabile U.O.S. P. S. I. O.
Dott.ssa Laccoto fax.: 0902212263
e p.c. Direzione Sanitaria 090695759
e p. c. Sindacato Nursind Fax 1782716390

Oggetto: Dichiarazione di responsabilità.

La/il sottoscritta/ocon qualifica di
in servizio presso dal

DICHIARA

che non intende accollarsi alcuna responsabilità per possibili eventi lesivi nei confronti dei pazienti affidati alle mie cure, dovuti ai sotto elencati motivi: (barrare le voci che interessano)

- Mancata o inadeguata conoscenza ambientale;
- Mancata o inadeguata formazione per la prevenzione e protezione aziendale per lo svolgimento in sicurezza dei rispettivi compiti in azienda e alla identificazione, alla riduzione e alla gestione dei rischi;
- Mancata o inadeguata informazione allo scopo di conoscere, identificare e ridurre i rischi in ambiente di lavoro;
- Mancato o inadeguato addestramento utile ad apprendere l'uso corretto di attrezzature, macchine, impianti, sostanze, dispositivi, anche di protezione individuale, e le procedure di lavoro;
- Situazione di carenze strutturali;
- Situazione di carenze organizzative;
- Situazione di carenze di organico;
- Mancata o inadeguata formazione di inserimento conseguente alla mia integrazione presso una nuova specialità;
- Impossibilità di assicurare al paziente condizioni di sicurezza;
- Difficoltà di applicazione del codice deontologico professionale dovuta a carenze di cui sopra;

In fede

Messina lì _____
