

Al Responsabile del S.P.P.

Medico Competente,

Direzione Medica Ospedaliera

<b>MODULO NOTIFICA DI INCIDENTE UTILIZZO CHEMIOTERAPICI ANTIBLASTICI</b>	
<b>DATA</b>	
<b>LUOGO D'ACCADIMENTO</b>	
<b>NOME DEL FARMACO/I COINVOLTI</b>	
<b>NOME E COGNOME OPERATORE/I COINVOLTI</b>	
<b>DESCRIZIONE MODALITA' D'ACCADIMENTO DELL'INCIDENTE</b>	
<b>MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE ATTUATE</b>	
<b>INTERVENTO DI BONIFICA AMBIENTALE ATTUATO</b>	

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA OPERATORE/I:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DIRIGENTE U.O.: \_\_\_\_\_