Luogo ..... Data.....

Spettabile Ufficio Password e del Registro
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Dati del Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento o suo delegato	
Nome :	**Cognome :**
Tel. :	**e-mail :**
Struttura/Servizio/Richiedente :	
Denominazione :	
Indirizzo :	

chiede di abilitare l'Utente all'applicativo
"Sistema Gestione Accessi (CUP Web)" -selezionare una delle due scelte e compilare-

❑ Cup Web–**Sportello LUI (Laboratorio Unico Integrato**)	❑ Cup Web-**Sportello**

Dati della persona da abilitare*	
Nome :	**Cognome :**
Data di nascita :	**C.F. :**
Cell. :	**e-mail :**

Modalità di inoltro delle credenziali: il *Nome Utente* verrà inviato alla e-mail indicata, mentre la *Password* verrà inviata al cellulare personale.

Sistema	Ruolo
Cup WEB - Sportello	❑ Prenotazione ❑ Cassa ❑ Gestione Consenso
Cup WEB - Centro Prelievi	❑ Centro Prelievi per check-out
Stampa massiva	❑ Stampa referti

Selezionare il tipo di richiesta:	Indicare il periodo di utilizzo dell'abilitazione:	
❑ Modifica abilitazione esistente	**Fino al (gg/mm/aaaa)**	
❑ Attribuzione *password* per **nuovo utente**	**Fino al (gg/mm/aaaa)**	
❑ Attribuzione **nuova *password*** per utente **già** abilitato	**Fino al (gg/mm/aaaa)**	
❑ **Revoca** abilitazione	**Dal (gg/mm/aaaa)**	

*Allegare **la copia di un documento di identità in corso di validità dell'utente** da abilitare.

Distinti saluti.

Il Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento dati o suo delegato

.....

Inviare il modulo di richiesta firmato digitalmente mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: *asufc@certsanita.fvg.it* ovvero mediante modulo cartaceo con firma olografa e documento di identità del Legale Rappresentante.