	Azienda Sa	nitaria Uı	nive	rsita	aria F	riuli	Cer	ıtral	e					
Dati del Legale Rappresentante/Resp	ponsabile de	l trattam	ent	0 0	suo c	leleg	ato							
Nome :	Cognome :													
Tel. :	e-mail :													
Struttura/Servizio/Richiedente :														
Denominazione :														
Indirizzo :														
	di abilitare a Gestione (
Dati dell'Utente da inserire nel Siste	ma Gestione	Collabor	azio	ni*	:									
Nome:	Cognome :													
Data di nascita :	C.F. :													
Sistema	<u> </u>	Indicare	la C	ino.	ializ:	vazio	no o	lal N	10dia					
Sistema Gestione Collaborazioni per inserimento SDO														
Selezionare il tipo di richiest	Indicar	Indicare il periodo di utilizzo dell'abilitazione:												
☐ Attribuzione <i>collaborazione</i> per nuovo utente			Fino al (gg/mm/aaaa)											
☐ Revoca attribuzione collaborazione	Dal (gg/mm/aaaa)													
*Allegare la copia di un documento di idea Distinti saluti.	ntità in corso d	di validità d	dell'u	iten	te da	abilita	are.							
Il Legale Rapp		·								uo (dele	:ga	to	
		••••••		•	•	•••••	•••••	•••••	••					

Luogo Data.....

Spettabile Ufficio Password e del Registro

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