

Modulo richiesta di credenziali per l'accesso all'Ambiente e-GENeSys

Luogo.....Data.....
 Spettabile Ufficio Password e del Registro
 Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Dati del: Legale Rappr. del Titolare della Convenzione con Az. San./Resp. Trattamento dati struttura	
Nome :	Cognome :
Tel. :	e-mail :

Struttura Servizio/Richiedente		
In caso di scelta multipla compilare un modulo di richiesta per ogni sede operativa		
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale	<input type="checkbox"/> Servizio semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Ambito distrettuale
<input type="checkbox"/> Distretto Sanitario	<input type="checkbox"/> Azienda per i servizi sanitari	<input type="checkbox"/> Ospedale/RSA
Denominazione :		
Indirizzo :		

Dati della persona da abilitare o revocare*																																									
Nome :	Cognome :																																								
Data di nascita :	C.F. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								
Cell. : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					e-mail : <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Modalità di inoltro delle credenziali: il Nome Utente verrà inviato alla e-mail indicata, mentre la Password verrà inviata al cellulare personale.																																									

Livello di abilitazione richiesto (scegliere un SOLO livello)	
<input type="checkbox"/> Livello R2	Utilizzo funzionalità per la gestione dei dati relativi alle valutazioni Val.Graf.-FVG (visualizzazione, imputazione e archiviazione delle schede), della Reportistica standard, Reportistica PAI e dei Documenti vari; Utilizzo delle funzionalità dell'Ambiente SIRA-FVG Gestionale (Gestione Utenza e Liste d'Attesa) e Offerta residenziale
<input type="checkbox"/> Livello R5	Utilizzo delle funzionalità per la gestione dei dati relativi alle valutazioni Val.Graf.-FVG (visualizzazione, imputazione e archiviazione delle schede), Reportistica PAI e dei Documenti vari;
<input type="checkbox"/> Livello R6	Utilizzo delle funzionalità per la gestione dei dati relativi alle valutazioni Val.Graf.-FVG (visualizzazione, imputazione, ma non l'archiviazione delle schede), della Reportistica standard, Reportistica PAI e dei Documenti vari; Utilizzo delle funzionalità dell'Ambiente SIRA-FVG Gestionale (Gestione Utenza e Liste d'Attesa) e Offerta residenziale. N.B.: il livello R6 è il solo livello di abilitazione che può essere richiesto anche da personale amministrativo e che non necessita della frequenza del corso Val.Graf. - FVG e del superamento delle prove ivi previste.
Per le Funzionalità estese (solo per i Liv R2-R6) , indicare Cat. Professionale (es. OSS, Medico, Infermiere Prof.): _____	

Selezionare il tipo di richiesta:	Indicare il periodo di utilizzo dell'abilitazione:	
<input type="checkbox"/> Modifica abilitazione esistente	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Attribuzione password per nuovo utente	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Attribuzione nuova password per utente già abilitato	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> Revoca abilitazione utente	Dal (gg/mm/aaaa)	

*Allegare: - **copia del documento d'identità** dell'utente da abilitare (necessaria per tutti i livelli di abilitazione)
 - **autocertificazione** da parte dell'utente da abilitare della sussistenza dei requisiti necessari per l'ottenimento dell'abilitazione **R2 e R5**

Modulo richiesta di credenziali per l'accesso all'Ambiente e-GENeSys

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 o suo delegato.

Il Legale Rappresentante/Responsabile trattamento dati

Autocertificazione Abilitazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a

_____ via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Di aver partecipato al corso di formazione in tema VMD Val.Graf .- FVG intitolato

"Il sistema di Valutazione Multidimensionale Val.Graf.-FVG e la pianificazione assistenziale"

nell'edizione numero _____

tenutasi nel periodo _____ - _____.

Dichiara, inoltre, di aver superato con esito positivo le prove di verifica previste dal percorso formativo di cui sopra.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO/A, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

Luogo _____ Data _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate a una pubblica amministrazione.