

Spettabile Distretto Sanitario

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Dati del legale rappresentante del titolare della convenzione con l'Azienda Sanitaria/Responsabile Trattamento dati	
Nome:	Cognome:
Tel.:	e-mail:

Struttura servizio/richiedente
In caso di scelta multipla compilare un modulo di richiesta per ogni sede operativa
☐ Struttura residenziale-SR ☐ Servizio semiresidenziale-SS ☐ RSA-DIS
Denominazione:
Indirizzo:

in riferimento all'utente:

Dati dell'utente (allegare copia del documento d'identità in corso di validità dell'utente)	
Nome:	Cognome:
Data di nascita:	C.F.:
Cell.: _____ E-mail: _____	
Modalità di inoltro delle credenziali: Il <i>Nome Utente</i> verrà inviato alla e-mail indicata, mentre la <i>Password</i> verrà inviata al cellulare personale. In mancanza dei recapiti personali la domanda verrà respinta!	

e con riguardo all'applicativo GENesys:

Ruolo di abilitazione richiesto (scegliere un SOLO livello)*	
☐ Liv. 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
☐ Liv. 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;
☐ Liv. 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 <u>solo livello di abilitazione</u> 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.

Selezionare la tipologia della richiesta:

Tipologia della richiesta:	Periodo di utilizzo dell'abilitazione:	
☐ Attribuzione password per NUOVO utente	Fino al (gg/mm/aaaa)	

☐ Rinnovo <i>password</i> per <u>utente già abilitato</u>	Fino al (gg/mm/aaaa)	
☐ Modifica abilitazione esistente	Fino al (gg/mm/aaaa)	
☐ Revoca abilitazione utente	Dal (gg/mm/aaaa)	

Luogo _____ Data _____

Il Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento dati o suo delegato

NOTA OPERATIVA

Allegare:

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

Esclusivamente per le Professioni sanitarie che necessitano SOLO delle funzionalità estese (del modulo sanitario) è sufficiente inviare la richiesta direttamente alla Ditta Insoft Srl, alla casella: info@insoft.it

ISTRUZIONI:

Inviare il modulo di richiesta firmato (anche digitalmente) mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: asufc@certsanita.fvg.it o mediante modulo cartaceo con firma olografa e documento di identità del Legale Rappresentante presso l'Ufficio Password e del Registro. Se inviato tramite PEC, la mail deve avere come oggetto "Sistema gestione accessi – CupWeb Sportello" e il nome della ditta, e per ogni richiesta di abilitazione utente deve essere inserito un allegato (un allegato per ogni utente).

Allegato:1

Autocertificazione Abilitazione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____
via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art. 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”***

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'art. 13 del d. lgs. 196/2003 e s.m.i.,
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.

MODULO PER LA GESTIONE DEI DATI RELATIVI ALL'INVIO DELLE CREDENZIALI

Note per la compilazione

Il presente modulo dovrà essere:

- compilato personalmente da ciascun utente;
- sottoscritto con firma autografa in originale da parte dell'utente che dichiara i dati inseriti o firmato digitalmente;
- accompagnato dalla fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il sottoscritto (Nome Cognome) _____

Codice Fiscale: _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 secondo forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

- che i recapiti personali di seguito dichiarati, i quali saranno utilizzati per l'invio delle credenziali (username tramite e-mail e password tramite sms) di accesso agli applicativi richiesti, sono riconducibili ad utenze a suo uso esclusivo e personale. Il sottoscritto autorizza l'invio della password a lui attribuita attraverso detti recapiti e s'impegna altresì a sostituirla al primo accesso con altra di sua esclusiva conoscenza.
 - **OBBLIGATORIA utenza mobile personale (cellulare):** _____
 - **OBBLIGATORIA utenza e-mail personale (indirizzo non aziendale ASUFC):** _____
- di essere consapevole che le credenziali:
 - sono ad uso esclusivamente personale;
 - non devono essere comunicate o utilizzate da altri per alcun motivo;
 - devono essere utilizzate esclusivamente per attività istituzionali e che ricade sotto la propria responsabilità (amministrativa, civile e penale) qualsiasi utilizzo improprio o illecito delle stesse.

Luogo _____ Data _____

Firma (leggibile)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DICHIARATI

I recapiti personali sono richiesti al fine di snellire le procedure di assegnazione o rinnovo delle credenziali; qualora non comunicati sarà necessario recarsi personalmente, previo appuntamento, presso l'*Ufficio Password e del Registro* di ASU FC, muniti di un documento d'identità valido. È possibile delegare persona terza al ritiro delle credenziali mediante la compilazione dell'opportuna modulistica e con le medesime modalità di conferimento sopra citate.

I dati raccolti saranno trattati da personale autorizzato e formato, al solo scopo di invio diretto delle credenziali di accesso agli applicativi richiesti, non saranno comunicati a terzi non aventi diritto e saranno distrutti al termine del rapporto di lavoro o negli altri casi nei quali venga meno, per qualsiasi motivo, la necessità di accedere agli applicativi.

I soggetti interessati al trattamento possono in qualsiasi momento revocarne l'autorizzazione, chiedere la cancellazione dei dati ed esercitare gli altri diritti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale di Udine.

Il Responsabile della Protezione dei Dati / Data Protection Officer è contattabile all'indirizzo mail rpd@asuvc.sanita.fvg.it