

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
<input type="checkbox"/> Struttura residenziale-SR <input type="checkbox"/> Servizio semiresidenziale-SS <input type="checkbox"/> RSA-DIS
<b>Denominazione:</b>
<b>Indirizzo:</b>

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: _____
<b>Modalità di inoltro delle credenziali:</b> Il <i>Nome Utente</i> verrà inviato alla e-mail indicata, mentre la <i>Password</i> verrà inviata al cellulare personale. <b>In mancanza dei recapiti personali la domanda verrà respinta!</b>	

E riguardo all'applicativo **MagRep (Magazzino di reparto)** – con Ruolo di Utente Generico - esprime la seguente richiesta:

Tipologia della richiesta:	Periodo di utilizzo dell'abilitazione:	
<input type="checkbox"/> <b>Attribuzione password per NUOVO</b> utente	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> <b>Rinnovo password per <u>utente già abilitato</u></b>	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> <b>Modifica</b> abilitazione esistente	Fino al (gg/mm/aaaa)	
<input type="checkbox"/> <b>Revoca</b> abilitazione utente	Dal (gg/mm/aaaa)	

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento dati o suo delegato

Inviare il modulo di richiesta firmato (anche digitalmente) mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: [asufc@certsanita.fvg.it](mailto: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.

**Allegato: 1**

## 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@asufc.sanita.fvg.it](mailto:rpd@asufc.sanita.fvg.it)