

Spettabile SOC programmazione e controllo
di gestione 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:

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 di cui sopra.	

e con riguardo all'applicativo (selezionare una delle due scelte):

<input type="checkbox"/> “Sistemi gestione accessi - CupWeb Sportello LUI (Laboratorio Unico Integrato) ” (possibilità di accedere alla prenotazione ed al check-in dei prelievi da inviare al Laboratorio Unico Integrato)	<input type="checkbox"/> “Sistema gestione accessi - CupWeb Sportello ” (possibilità di prenotazione visite, esami, ...) All'interno di Gestione Consenso “Ruolo per consenso ai referti online”
---	---

con ruolo:

Sistema	Ruolo
Cup WEB - Sportello	<input type="checkbox"/> Prenotazione <input type="checkbox"/> Cassa <input type="checkbox"/> Gestione Consenso <input type="checkbox"/> Ruolo per modifica esenzione
Cup WEB - Centro Prelievi (per esami di laboratorio ASUFC)	<input type="checkbox"/> Centro Prelievi per check-out
Stampa massiva	<input type="checkbox"/> Stampa referti e Ruolo per accesso operatore a Servizio referto on-line

e sede: _____

esprime la seguente richiesta:

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

Luogo _____ Data _____

Il Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento dati o suo
delegato

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

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