

Luogo Data.....

Spettabile Ufficio Password e del Registro
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Dati del Legale Rappresentante del Titolare della Convenzione con l'Azienda Sanitaria/Responsabile	
Trattamento dati struttura o suo delegato	
Nome :	Cognome :
Tel. :	e-mail :
Struttura/Servizio/Richiedente :	
Denominazione :	
Indirizzo :	

chiede di abilitare

Dati della persona da abilitare o revocare (allegare copia del documento d'identità in corso di validità dell'utente)	
Nome :	Cognome :
Data di nascita :	C.F. : <input type="text"/>
Cell. : <input type="text"/>	e-mail : <input type="text"/>
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.	

all'applicativo

CRI-Gest (Gestione trasporti)	Ruolo "Utente Generico"
-------------------------------	-------------------------

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

Distinti saluti.

Il Legale Rappresentante/Responsabile del trattamento dati o suo delegato

.....

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.

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;
- 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 di accesso agli applicativi richiesti (nuova password), sono riconducibili ad utenze a suo uso esclusivo e personale. Il sottoscritto autorizza l'invio della password a lui attribuita attraverso i detti recapiti, s'impegna altresì a sostituire la password al primo accesso con altra di sua esclusiva conoscenza.
 - Utenza mobile (cellulare) personale (numero): _____
 - Utenza e-mail personale (indirizzo non aziendale ASUFC): _____
- di essere consapevole che l'account (credenziali e nome utente) sono:
 - è ad uso esclusivamente personale;
 - che la password personale non deve essere comunicata ad altri per nessun motivo;
 - che non è consentito far accedere altri con le proprie credenziali;
 - che deve essere utilizzato esclusivamente per attività istituzionali e che ricade sotto la propria responsabilità (amministrativa, civile e penale) qualsiasi utilizzo improprio o illecito dello stesso.

Firma (leggibile)

Luogo, Data _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DICHIARATI

I recapiti personali vengono richiesti al fine di snellire le procedure di assegnazione o rinnovo delle credenziali di accesso agli applicativi richiesti; qualora non comunicati sarà necessario recarsi personalmente, previo appuntamento, presso la SOC Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione dell'ASUFC muniti di un documento d'identità. In questo caso l'assegnazione dell'account avrà tempistiche variabili.

I dati raccolti saranno trattati da personale autorizzato e formato, al solo scopo di invio diretto delle credenziali di accesso agli applicativi richiesti e non per altro, 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