

Dati del legale rappresentante del titolare della convenzione con l'azienda sanitaria/responsabile trattamento dati struttura o suo delegato:

Nome:	Cognome:
Tel.:	e-mail:

Dati della struttura richiedente:

Denominazione:
Indirizzo:
Codice Regionale Farmacia:

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 *Nome Utente* verrà inviato alla e-mail indicata, mentre la *Password* verrà inviata al cellulare di cui sopra.

E con riguardo all'applicativo

“SDAWeb – Accessi Ambulatoriali” con Ruolo di Sportello Farmacia

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 utente già abilitato	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 – SdaWeb” e il nome della ditta, e per ogni richiesta di abilitazione utente deve essere inserito un allegato (un allegato per ogni utente). Necessario allegare lettera di incarico al trattamento dei dati firmata dal titolare (contratto di designazione del responsabile del trattamento).

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 rp@asufc.sanita.fvg.it