

MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI/ATTRIBUZIONE RUOLO PER FARMACIE

Io sottoscritto cognome _____ nome _____

data di nascita _____ comune di nascita _____ Provincia di Nascita _____

e-mail (*individuale del richiedente*) _____ @ _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

farmacia convenzionata : _____

Comune Farmacia _____ ASL: _____

a seguito della frequenza del corso Web Based Training **Assistenza Farmaceutica (Farmacisti)**,
RICHIEDO sotto la mia personale responsabilità il rilascio dei ruoli Edotto sotto selezionati per le strutture indicate (specificare il nome e/o il codice della struttura):

- Farmacista Convenzionato**
 Operatore prodotti senza glutine (*)

Autorizzo, sotto la mia responsabilità, l'invio delle credenziali all'indirizzo e-mail sopra indicato.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, DICHIARO che tutte le informazioni da me comunicate con questo modulo corrispondono al vero.

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa

I dati comunicati con il presente modulo saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Amministrazione di appartenenza e dalla società Exprivia Healthcare IT srl ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") per le finalità di rilascio delle credenziali Edotto/attribuzione profilo.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente (***)

Timbro e firma del titolare della farmacia

VISTO PER APPROVAZIONE ()**

Luogo e data, _____

Il RIP Aziendale, _____ (timbro e firma)

(*) è nella responsabilità del titolare della farmacia la comunicazione al Centro Servizi Edotto che l'operatore non è più in servizio presso la farmacia stessa e che quindi se ne chiede il blocco delle credenziali.

(**) il visto per approvazione è da acquisire solo se lo prevede il modello organizzativo stabilito dal RIP dell'azienda sanitaria Locale

(***) se trattasi di personale diverso dal titolare della farmacia. In tal caso il modulo deve essere controfirmato dal titolare di farmacia quale autorizzazione.