



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Scheda di richiesta abilitazione al Cup per Strutture Accreditate/Residenziali (CdR)

Da inviare compilata in ogni sua parte a:

Accesso al Cup
(dipendenti di: Strutture Accreditate/Residenziali)

Spett.le Ufficio Abilitazioni
S.S.D. Sistema Informativo e Informatico dell'ASFO
Via Montereale, 24 - Ospedale di Pordenone
Pad D. 1 Piano
mail: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Dati identificativi della Struttura:

Nome Struttura:

Titolare

Indirizzo

CAP

Città

Prov.

Telefono

E-mail _____@_____

Dati del Legale Rappresentante della Struttura:

Nome _____ Cognome _____ Tel. _____

E-mail _____@_____

Dati identificativi dell'utente:

il Sig./la Sig.ra

Nato/a a

il

Codice Fiscale

Figura
professionale

Scadenza
abilitazione _____/_____/20_____ (es. per operatore a tempo determinato, ecc...)

Selezionare la tipologia della richiesta:

Nuova abilitazione Revoca abilitazione Reset password Modifica abilitazione esistente

Si richiede l'abilitazione al CUP con ruolo CENTRO PRELIEVI, per la seguente Struttura:

La chiave di sblocco per aprire il documento criptato contenente le sue credenziali verrà trasmessa con la seguente modalità: la prima parte all'indirizzo MAIL che ci indica in calce e la seconda parte via SMS al suo numero di cellulare.

E-mail: _____
(per ricezione prima parte della chiave)

Telefono cellulare: _____
(per ricezione seconda parte della chiave)

DICHIARA

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR):

- il titolare del trattamento è l'ASFO, con sede a Pordenone in via Vecchia Ceramica, 1, tel. 0434/369111, email: privacy@asfo.sanita.fvg.it;
 - i destinatari dei propri dati personali sono gli operatori dell'Ufficio Abilitazioni dell'ASFO
 - i propri dati personali saranno conservati per la durata della presente abilitazione
 - ha diritto a chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
 - ha diritto a proporre reclamo al Garante del trattamento dei dati personali;
- La mancata comunicazione dei dati personali comporta il diniego dell'abilitazione.

Dichiara inoltre che i recapiti personali forniti, utilizzati per l'invio delle credenziali di accesso agli applicativi richiesti, sono riconducibili ad utenze a suo uso esclusivo e personale. Il sottoscritto autorizza l'invio delle credenziali a lui attribuite attraverso detti recapiti e s'impegna altresì a sostituire la password al primo accesso con altra di sua esclusiva conoscenza.

Data	Firma del richiedente abilitazione:
Data	Timbro e firma del Legale Rappresentante per autorizzazione:
<i>RISERVATO all'Ufficio Abilitazioni</i>	
Data	Visto della Struttura/Servizio di competenza: S.C. Gestione Prestazioni Sanitarie

- ISTRUZIONI:
- Inviare il modulo di richiesta firmato (anche digitalmente) mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: asfo.protgen@certsanita.fvg.it o mediante modulo cartaceo con firma olografa e documento di identità del Legale Rappresentante presso l'Ufficio Abilitazioni. Se inviato tramite PEC, la mail deve avere come oggetto "Ufficio Abilitazioni" e il nome della struttura, per ogni richiesta di abilitazione utente deve essere inserito un allegato (un allegato per ogni utente).