

Scheda richiesta abilitazione a Cartella utente 4.0
Ambiti Territoriali Sociali - ATS

Da inviare compilata in ogni sua parte a:

Accesso a Cartella Utente 4.0
(dipendenti di Ambiti Territoriali Sociali-ATS)

Spett.le Ufficio Abilitazioni
S.S.D. Sistema Informativo e Informatico dell'ASFO
Via Montereale, 24 - Ospedale di Pordenone
Pad D. Piano terra
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)

Selezionare la tipologia della richiesta:

☐ Nuova abilitazione ☐ Revoca abilitazione ☐ Reset password

Si richiede l'abilitazione per Cartella Utente 4.0 con il ruolo di:

☐ Assistente sociale (ATS)

La chiave di sblocco per aprire il documento criptato contenete 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 telefono.

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 ;
- la finalità del trattamento è l'abilitazione all'applicativo Cartella utente 4.0 tramite il quale vengono condivise le informazioni utili alla dimissione protetta;
- i destinatari dei propri dati personali sono gli operatori dell'Ufficio Abilitazioni dell'AsFO e gli altri eventuali operatori che abbiano necessità di trattare i dati per la finalità indicata al precedente punto;
- 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.

Data	Firma del richiedente abilitazione:
Data	Timbro e firma del Legale Rappresentante per autorizzazione:
** RISERVATO all'Ufficio Abilitazioni	
Data	Visto della Struttura/Servizio di competenza:

ISTRUZIONI:

Per ciascun utente da abilitare, inviare mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo asfo.protgen@certsanita.fvg.it una comunicazione con allegato il presente modulo di richiesta firmato (anche digitalmente).

Il messaggio PEC deve avere come oggetto "Ufficio Abilitazioni" e il nome della struttura. Per ogni modulo di richiesta abilitazione deve essere inviato un messaggio PEC distinto.

RESPONSABILITA' DELL'INCARICATO TITOLARE DELLE CREDENZIALI:

Le credenziali sono strettamente personali e devono essere custodite in modo sicuro. È, a tal fine, tassativamente vietato comunicarle ad altri e utilizzare credenziali altrui. La mancata custodia e/o l'abuso delle credenziali d'accesso costituiscono violazioni anche di natura penale.