

*Da inviare compilata in ogni sua parte a:*

Accesso a G2Magazzino  
(dipendenti di: Strutture Residenziali - CdR)

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](mailto: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 del richiedente l'abilitazione:*

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

*Selezionare un ruolo:*

Utente generico

*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](mailto: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.

<b>Data</b>	<b>Firma del richiedente abilitazione:</b>
<b>Data</b>	<b>Timbro e firma del Legale Rappresentante per autorizzazione:</b>
<b><i>RISERVATO all'Ufficio Abilitazioni</i></b>	
<b>Data</b>	<b>Visto della Struttura/Servizio di competenza: Direttore di Distretto</b>

- ISTRUZIONI:
- Inviare il modulo di richiesta firmato (anche digitalmente) mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto: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).