



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Scheda richiesta abilitazione ad Accessi Ambulatoriali (SDAWeb)
Enti privati accreditati**

Da inviare compilata in ogni sua parte a:

Accesso a SDAWeb Accessi Ambulatoriali
(dipendenti di Enti privati accreditati)

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 dell'Ente:

Nome Struttura:

Titolare

Indirizzo

CAP

Città

Prov.

Telefono

E-mail _____ @ _____

Dati del Legale Rappresentante dell'Ente:

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 Modifica abilitazione esistente

Si richiede l'abilitazione per Accessi Ambulatoriali (SDAWeb) con il ruolo di:

Operatore di sportello CUP Quadro agenda

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 SdaWeb tramite il quale vengono effettuate le prenotazioni di prestazioni sanitarie;
- 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.