

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
comunicare 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.*