

U.O. TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE

Modello richiesta Abilitazione o Revoca all'accesso a Rete e Applicativi aziendali

Al Responsabile U.O. Tecnologie Informatiche e Telematiche AZIENDA USL UMBRIA1

Rif. _____ (riservato a ufficio informatico)

Il responsabile _____ (cognome/nome)

Titolare dell'esercizio commerciale: _____

CHIEDE DI

Abilitare dalla data ____/____/____

L'incaricato:

(cognome/nome) _____

C.F. _____

Ruolo: _____ Tel. _____

Indirizzo sede: _____

Casella posta elettronica: _____

Numero di registrazione / autorizzazione Min. Salute o Regione di Appartenenza: _____

all'accesso ai sistemi: *Goprothesys*

Con profilo: Ditta fornitrice esterna

Si ricorda che le credenziali sono strettamente personali pertanto il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda UsI Umbria 1 eventuali modifiche (revoca, sospensione) dell'addetto incaricato ad operare sul sistema informatico sopra indicato.

Inviare il modello compilato tramite posta, fax (075/5412154), o scansionato all'email: abilitazioni@uslumbria1.it

_____, ____/____/____

Firma del titolare

Eventuale data di scadenza prevista (_____)

Firma per autorizzazione: _____