

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

Applicativo: Goprothesys - Profilo ditta esterna

Al Responsabile U.O.

Tecnologie Informatiche e Telematiche

AZIENDA USL UMBRIA 1

Il sottoscritto _____ (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: _____

Ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679), il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda Usl Umbria 1 eventuali modifiche (revoca o sospensione delle credenziali) dell'addetto incaricato ad operare sul sistema informatico sopra indicato.

Inviare il modello compilato tramite posta all'email: hd@uslumbria1.it

Firma del titolare

_____, ____/____/____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL REFERENTE USL

Eventuale data di scadenza prevista (____/____/____)

Firma per autorizzazione: _____