Modulo abilitazione utenza (MAU)

Il sottoscritto _____ CF _____

Coordinatore del programma di vaccinazione con vaccino

anti-pneumococcico coniugato 13-valente e polisaccaridico 23-valente (CVAP)

anti-influenzale (CVA)

per l'Azienda _____ **CHIEDE** l'abilitazione all'applicazione SISMED-
Cartella Clinica, ai fini della gestione delle attività connesse al monitoraggio dei flussi dati
registrati dai MMG/PLS, per l'utente (**Profilo Amministrativo**):

compilare se diverso dal Coordinatore

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Struttura Aziendale: _____

Telefono: _____ Indirizzo e-mail: _____

e **SI IMPEGNA** a verificare periodicamente, e comunque almeno annualmente, la sussistenza delle condizioni per la conservazione e/o variazione dei profili di autorizzazione per gli accessi da lui approvati e richiedere tempestivamente la cessazione dell'utenza o la variazione dell'autorizzazione di accesso al sistema qualora le condizioni per la conservazione della stessa variassero nel tempo.

I parametri di accesso saranno comunicati all'indirizzo e-mail dell'utente sopraindicato. Al momento della ricezione della suddetta comunicazione da parte dell'utente l'utenza risulta disattivata, la sua attivazione avverrà successivamente a seguito dell'invio da parte dell'utente del modulo PUC.

Data

Timbro ASL

Firma Utente

Firma Coordinatore