

Modulo di abilitazione ai servizi del sistema di Anagrafe Sanitaria Unica Regionale ASUR.

Anagrafica del sottoscrittore:

NOME E COGNOME DEL REFERENTE	
E-MAIL DEL REFERENTE	
TELEFONO DEL REFERENTE	
ENTE	
NOME DEL SISTEMA FRUITORE	
DESCRIZIONE APPLICATIVO	

Selezionare una sola opzione:

Ambiente	Produzione <input type="checkbox"/>	Test <input type="checkbox"/>
----------	-------------------------------------	-------------------------------

Tipo di sottoscrizione:

MODALITA' SINCRONA		
		Sincrona
SERVIZIO	ASSISTITO	<input type="checkbox"/>
	STRANIERO	<input type="checkbox"/>
	ESENZIONE ASSISTITO	<input type="checkbox"/>
	STRUTTURA	<input type="checkbox"/>
	ESENZIONE	<input type="checkbox"/>
	FARMACO	<input type="checkbox"/>
	PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/>
	MEDICO	<input type="checkbox"/>
	UCP	<input type="checkbox"/>
	ANONIMIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>
	GENERAZIONE NRE	<input type="checkbox"/>

MODALITA' ASINCRONA		Asincrona PULL	Asincrona PUSH
EVENTI	ASSISTITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRESTAZIONE MINISTERIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CATALOGO BRANCHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CATALOGO PRESTAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	OPERATORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	UCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FARMACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GRUPPO EQUIVALENZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRINCIPIO ATTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ATC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solo per il servizio Asincrono PUSH segnalare	
Url:	
User:	Password:

Da compilare sempre:

Descrizione della finalità di utilizzo <i>(descrivere lo scopo di utilizzo del dato)</i>

Modalità dell'utilizzo del servizio (descrivere come verranno invocati i servizi)

Il sottoscritto _____ CF _____

Responsabile della Struttura _____


ASL _____ Telefono: _____ indirizzo e-mail:

_____ **CHIEDE** l'abilitazione ai servizi web esposti da ASUR e dichiara di aver letto, compreso ed accettato l'informativa privacy resa Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del "Regolamento UE/2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) allegata al presente modulo e di cui costituisce parte integrante;

Data

Timbro Struttura

Firma Responsabile Struttura

	Richiesta sottoscrizione eventi	Mod. RISE
		Rev. 2.0
		Pag. 4 a 4

Allegato A – Informativa Privacy

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del "Regolamento UE/2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché la libera circolazione di tali dati" La informiamo che i dati personali da Lei conferiti saranno trattati al fine di abilitarla all'accesso e alla fruizione dei dati sanitari tramite l'utilizzo dei servizi web esposti sull'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR).

I dati forniti saranno utilizzati con strumenti informatici e telematici adeguati a garantire la sicurezza e la riservatezza e per il solo fine di fornire il servizio richiesto. I dati saranno conservati per il periodo in cui il menzionato servizio sarà attivo.

I dati saranno trattati dal personale della LAZIOcrea S.p.A. (società in house e strumento operativo informatico della Regione Lazio).

Titolare del trattamento dei dati è la LAZIOcrea S.p.A. con sede in 00142, VIA del Serafico 107, Roma. In relazione al trattamento dei Suoi dati, Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, i diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE/2016/679. Fra questi, ed in conformità con quanto previsto dalla normativa europea, la cancellazione dei dati che potrà essere chiesta in qualsiasi momento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei potrà presentare istanza contattando il Responsabile della protezione dei dati. In particolare Lei potrà utilizzare il modulo appositamente pubblicato sul sito internet di LAZIOcrea nell'apposita sezione dedicata alla privacy ed inviare lo stesso compilato delle relative richieste ai seguenti indirizzi:

PEC: laziocrea@legalmail.it

PEC: dpo.laziocrea@legalmail.it

(Per informazioni chiamare il centralino: 06/51681.600)

Qualora ritenga che nel trattamento dei Suoi dati si sia verificata una violazione a quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (con sede in Roma Piazza di Montecitorio n.121 - 00187), come previsto dall'art. 77 del citato Regolamento, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.