

**RICHIESTA CREDENZIALI DI ACCESSO AL PORTALE REGIONALE
POLISS.REGIONE.LIGURIA.IT**

MODULO TITOLARI STRUTTURE

AZIENDA TITOLARE _____

PARTITA IVA – CODICE FISCALE _____

NOMINATIVO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

ASL DI COMPETENZA TERRITORIALE _____

Si richiede l'emissione delle credenziali di accesso al portale regionale indicato con abilitazione al servizio "Sportello Polifunzionale Distrettuale" per la persona incaricata:

*I dati evidenziati in grassetto e contrassegnati con *asterisco* sono dati **obbligatori***

* COGNOME *			
* NOME *			
* CODICE FISCALE *			
* QUALIFICA/FUNZIONE *			
* E-MAIL *			Telefono

Se la persona possiede già una abilitazione per altri servizi regionali indicare il **nome utente** con cui effettua l'accesso: _____

La persona deve essere abilitata per le SEDI INDICATE:

DENOMINAZIONE SEDE	INDIRIZZO	COMUNE

La persona deve utilizzare le funzioni (indicare con X):

Monitoraggio COVID	[]
Registrazione TAR	[]

L'incaricato si dichiara consapevole delle norme in materia di Privacy e trattamento dei dati e delle relative sanzioni in caso di inadempienze.

*** FIRMA dell'Incaricato ***

*** FIRMA del Legale Rappresentante ***

*** Data compilazione *** _____

N.B.: il presente modulo va compilato in calligrafia leggibile in tutte le sue parti, firmato e scansito in formato PDF, quindi inviato a CST@liguriadigitale.it