

RICHIESTA CREDENZIALI DI ACCESSO AL PORTALE REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARIDISTRETTO ☐ SANITARIO ☐ SOCIALE n.° _____

DIRETTORE: (indicare Cognome e Nome) _____

Comune di _____ Prov. _____

Si richiede l'emissione delle credenziali di accesso al portale regionale e abilitazione al servizio

FRNA / GRAVISSIME DISABILITA' per:*I dati evidenziati in grassetto e contrassegnati da un asterisco (*) sono dati obbligatori*

COGNOME *	
NOME *	
CODICE FISCALE *	
QUALIFICA/FUNZIONE *	
E-MAIL PERSONALE *	
TELEFONO	
LOGIN (se già in possesso per uno dei servizi regionali)	

L'incaricato deve operare secondo le funzionalità previste per il seguente servizio: (barrare con X nella colonna "Richiesto"):

ruolo	descrizione	Richiesto *
FRNA	FRNA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	
GD	Gravissime disabilità	

Indicare i dettagli dell'accesso richiesto:

Distretto di appartenenza (numero): *	
Altri Distretti per cui si intende operare (numero/i):	
Tipologia utente (indicare barrando caselle): *	☐ Area Distretto Sociosanitario ☐ Area UVM valutazione non autosufficienza ☐ Area UVM scheda sociale ☐ Area erogazione ☐ Area archivio storico
Note:	

☐ Sono consapevole delle norme in materia di Privacy e trattamento dei dati e delle relative sanzioni in caso di inadempienze *

FIRMA dell'Incaricato *

FIRMA del Direttore *

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@liquiadiigitale.it; per i Distretti Sanitari inviare ai propri Referenti dei Sistemi Informativi Aziendali (SIA)