

1.1 Richiesta da parte di un'Amministrazione di abilitazione del software di un Integratore alla cooperazione applicativa con Sinfonia

Data compilazione	____/____/____	
Amministrazione che richiede l'abilitazione alla cooperazione applicativa con Sinfonia	Amministrazione: _____ <input type="checkbox"/> Altro:	
Richiedente	Qualifica	
	Nome e Cognome	
	Indirizzo e-mail	
	Firma	
	Data richiesta	
Denominazione dell'applicativo per il quale si richiede l'abilitazione		
Breve descrizione dell'applicativo e delle ragioni della integrazione		
Ambito applicativo del sistema cooperante <i>(marcare almeno una voce)</i>	<input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza <input type="checkbox"/> Amministrativo contabile <input type="checkbox"/> Trasfusionale <input type="checkbox"/> LIS <input type="checkbox"/> Magazzino farmaci <input type="checkbox"/> Personale	<input type="checkbox"/> Anatomia patologica <input type="checkbox"/> Dipendenze <input type="checkbox"/> Vaccinazioni <input type="checkbox"/> Screening Oncologico <input type="checkbox"/> SISM <input type="checkbox"/> SIST <input type="checkbox"/> CUP
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	

Azienda produttrice di software cooperante. <i>Nel caso di software sviluppato direttamente dalla stessa azienda sanitaria riportare il nome della stessa azienda sanitaria</i>	Ragione sociale	
	Indirizzo	
	Comune	
	PEC	
Riferimento del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) dell'affidamento cui si riferisce l'applicativo da integrare <i>Nel caso di Ente Ecclesiastico o IRCCS privato indicare il nominativo del referente della commessa per tale Ente</i>	Nome e Cognome	
	Codice Fiscale	
	Indirizzo e-mail	
	Telefono	
Riferimento Tecnico dell'Integratore <i>(ripetere le righe Nome e Cognome, Codice Fiscale, indirizzo posta elettronica e telefono per ogni persona riportata all'interno del documento di assunzione di responsabilità)</i>	Nome e Cognome	
	Codice Fiscale	
	Indirizzo e-mail	
	Telefono	
Ambito di provenienza <i>Indica la modalità di accesso che sarà utilizzata dal sistema cooperante per accedere all'ambiente di test (marcare solo una voce)</i>	<input type="checkbox"/> via Internet pubblica	
Indirizzo/i IP da abilitare <i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC / Connettività Regionale)</i>		
Aree applicative di Sinfonia con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare <i>(marcare almeno una voce)</i>	Aree applicative Sinfonia	
Autorizzazione Ufficio Competente	Dirigente	Dr. Massimo Di Gennaro
	Data autorizzazione	
<p>* Informativa sulla tutela dei dati personali</p> <p>Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) sulla tutela dei dati personali, il trattamento dei dati avviene con procedure e misure idonee a tutelare la riservatezza dell'Utente e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione degli stessi unicamente per le finalità connesse all'erogazione del servizio.</p>		