
Sistema Edotto – Modulo per la richiesta del collegamento VPN

COMUNICAZIONE DEL REFERENTE PER IL FLUSSO BUONI CELIACHIA DELLA STRUTTURA ACCREDITATA.

STRUTTURA:	
P.IVA.:	
INDIRIZZO:	
E-MAIL:	
PEC:	
TELEFONO:	
FAX:	

Il Referente della struttura sopra citata per il Sistema Edotto è:

NOME:	
COGNOME:	
LUOGO DI NASCITA:	
DATA DI NASCITA:	
CODICE FISCALE:	
LUOGO DI RESIDENZA:	
INDIRIZZO DI RESIDENZA:	
TELEFONO:	
FAX:	
E-MAIL:	
PEC:	
RUOLO NELLA STRUTTIURA:	

Il sottoscritto autorizza l'ASL, la Regione Puglia ed InnovaPuglia S.p.A. al trattamento dei dati su riportati per le sole finalità dell'accREDITamento personale all'utilizzo del Sistema Edotto secondo le previsioni dell'attuale normativa nazionale e regionale sulla tutela della privacy.

IL RESPONSABILE LEGALE DELLA STRUTTURA

IL REFERENTE EDOTTO DELLA STRUTTIURA

(Allegare copia del documento di identità)

Inviare alla Azienda Sanitaria Locale agli indirizzi (entrambi)

BA

hd.edottoaslba@exprivia.it
uose@asl.bari.it

BT

hd.edottoaslbt@exprivia.it
maria.cammarota@auslbatuno.it

BR

hd.edottoaslbr@exprivia.it
g.padolecchia@asl.brindisi.it

FG

hd.edottoaslfg@exprivia.it
rip.edotto@aslfg.it

LE

hd.edottoasle@exprivia.it
uose@ausl.le.it

TA

hd.edottoasla@exprivia.it
sante.minerba@asl.taranto.it