

**MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI/ATTRIBUZIONE RUOLO PER ESERCIZIO COMMERCIALE-
PARAFARMACIA IN CONVENZIONE PER VENDITA PRODOTTI SENZA GLUTINE**

Io sottoscritto cognome _____ nome _____

data di nascita _____ comune di nascita _____ Provincia di Nascita _____

e-mail (individuale del richiedente) _____ @ _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

esercizio /parafarmacia : _____

Comune esercizio/parafarmacia _____ ASL: _____

a seguito della frequenza del relativo corso Web Based Training
RICHIEDO sotto la mia personale responsabilità il rilascio dei ruoli Edotto sotto selezionati per la struttura sopra indicata:

- Responsabile esercizio commerciale convenzionato**
- Operatore prodotti senza glutine (*)**

Autorizzo, sotto la mia responsabilità, l'invio delle credenziali all'indirizzo e-mail sopra indicato.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, DICHIARO che tutte le informazioni da me comunicate con questo modulo corrispondono al vero.

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa

I dati comunicati con il presente modulo saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Amministrazione di appartenenza e dalla società Exprivia Healthcare IT srl ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") per le finalità di rilascio delle credenziali Edotto/attribuzione profilo.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente (***)

Timbro e firma del titolare dell'esercizio convenzionato/parafarmaci

VISTO PER APPROVAZIONE ()**

Luogo e data, _____

Il RIP Aziendale, _____ (timbro e firma)

() è nella responsabilità del titolare dell'esercizio/parafarmacia a la comunicazione al Centro Servizi Edotto che l'operatore non è più in servizio presso la parafarmacia stessa o l'esercizio commerciale e che quindi se ne chiede il blocco delle credenziali.*

*(**) il visto per approvazione è da acquisire solo se lo prevede il modello organizzativo stabilito dal RIP dell'azienda sanitaria Locale*

*(***) se trattasi di personale diverso dal titolare dell'esercizio commerciale/parafarmacia In tal caso il modulo deve essere controfirmato dal titolare dell'esercizio commerciale/parafarmacia quale autorizzazione.*

Restituire via fax o email al Centro Servizi Edotto di competenza

Edotto APS	TEL 0805403597		email hd.edottoaps@exprivia.it
Edotto BA	TEL 0805842910	FAX 0805842945	email hd.edottoaslba@exprivia.it
Edotto BR	TEL 0831510222	FAX 0831510010	email hd.edottoaslbr@exprivia.it
Edotto BT	TEL 0883299731	FAX 0883299723	email hd.edottoaslbt@exprivia.it
Edotto FG	TEL 0881884544	FAX 0881884683	email hd.edottoaslfg@exprivia.it
Edotto LE	TEL 0832226199	FAX 0832226077	email hd.edottoaslle@exprivia.it
Edotto TA	TEL 0997786777	Posta ordinaria CS Edotto Regione Puglia-ASL TARANTO Viale Virgilio, 31 - Piano Rialzato TARANTO	email hd.edottoaslta@exprivia.it

Restituire via fax o email al Centro Servizi Edotto di competenza

Edotto APS	TEL 0805403597		email hd.edottoaps@exprivia.it
Edotto BA	TEL 0805842910	FAX 0805842945	email hd.edottoaslba@exprivia.it
Edotto BR	TEL 0831510222	FAX 0831510010	email hd.edottoaslbr@exprivia.it
Edotto BT	TEL 0883299731	FAX 0883299723	email hd.edottoaslbt@exprivia.it
Edotto FG	TEL 0881884544	FAX 0881884683	email hd.edottoaslfg@exprivia.it
Edotto LE	TEL 0832226199	FAX 0832226077	email hd.edottoaslle@exprivia.it
Edotto TA	TEL 0997786777	Posta ordinaria CS Edotto Regione Puglia-ASL TARANTO Viale Virgilio, 31 - Piano Rialzato TARANTO	email hd.edottoaslta@exprivia.it