|  |
| --- |
| ***RICHIESTA DI CREAZIONE/CESSAZIONE/MODIFICA PROFILO UTENZE******PER IL PERSONALE DIPENDENTE E PERSONALE ESTERNO*** |
| **DATI DEL RICHIEDENTE**  |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **MATRICOLA / CODICE FISCALE** |  |
| **UFFICIO DI****APPARTENENZA/FORNITORE** |  |
| **RUOLO/QUALIFICA** |  |
| **DATA DELLA RICHIESTA** |  |
|  **RESPONSABILE interno/FORNITORE** -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- **UFFICIO SISTEMI INFORMATIVI** |  |
|  **Utenza di DOMINIO : attivazione modifica disattivazione**zz |
|  **Periodo : dal …………………al …………………………** |
|  **Cassetta postale (email/pec) : attivazione modifica disattivazione** |
| **Email :** |
| **PEC:**  |
| **Periodo : dal …………………al …………………………** |
|  **Applicativo /Modulo software** | **Profilo di accesso** |  **Descrizione attività consentite** |
|  |  |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Note** |  |
|  **Richiesta Utenza di Database** |
|  **Applicativo /Modulo software** |  **Profilo di accesso** |  **Descrizione attività consentite** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Note** |  |
|  **Richiesta Utenza per Apparati di Rete/Infrastrutture di Virtualizzazione/Application Server/Wi-Fi** |
| **Tipo apparato** | **Dettagli apparato** **(nome-Indirizzo IP)** | **OPERAZIONE RICHIESTA** | **Profilo di accesso** |
|  |  |   |   |
|  |  |   |  |
| **Note** |  |

 **Il Richiedente, 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. 445/2000, DICHIARA che tutte le informazioni comunicate con questo modulo corrispondono al vero.**

**Il Richiedente si impegna a:**

* Modificare la password al primo accesso ed ogni 3 mesi, in base ai requisiti di sicurezza imposti dal sistema;
* a non condividere la password con i colleghi;
* a custodire la password osservando l’obbligo di riservatezza;
* a comunicare immediatamente ai Sistemi informativi aziendali e al Responsabile della protezione dei dati dell’ASL di Foggia l’eventuale perdita della riservatezza esclusiva della password.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che utilizzi impropri della suddetta password sono puniti a norma di legge.

*Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Firma** (autografa o digitale) **del Richiedente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza/dispone:

**Firma del Direttore/Responsabile** della Struttura…………………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informazioni sul trattamento dei dati personali**: i dati comunicati con il presente modulo saranno trattati, anche con l’ausilio di strumenti informatici, dalla S.S. Sistemi informativi aziendali dell’ASL di Foggia, nel rispetto del vigente Codice in materia di protezione dei dati personali e nell’osservanza del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati, per le sole finalità del rilascio delle autorizzazioni di accesso. Per informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali si rinvia al sito web istituzionale, all’indirizzo https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia, nell’apposita sezione Privacy.

|  |
| --- |
|  **RICHIESTA PERVENUTA**  **DAL DIRETTORE/RESPONSABILE : ……………………………………………………………………………….** **DAL FORNITORE …………………………………………………………………………………………………………** **Rif. Contratto……………………………………………………………………………………….** **Rif. Delibera/Determina……………………………………………………………………….** |
|  **RESPONSABILE S.S. SISTEMI INFORMATIVI ASL FOGGIA** |
| **RICHIESTA** | **APPROVATA**               ☐**NON APPROVATA**     ☐ | **DATA** |  |
| **MOTIVAZIONE IN CASO****DI RIFIUTO** |  |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **FIRMA**  |  |

**AREA RISERVATA ALLA S.S. SISTEMI INFORMATIVI**