**SISTEMA INFORMATIVO SALUTE MENTALE PER LE AZIENDA SANITARIE (SISMAS)**

**MODULO DI RICHIESTA UTENZE APPLICATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | **IL SOTTOSCRITTO** |
| Cognome \* |  | Nome\* |  |
| Indirizzo e\_mail\* |  | Telefono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **IN QUALITÀ DI** **REFERENTE AZIENDALE PER TRATTAMENTO DEI DATI DEL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE** |
| Codice Azienda Sanitaria\* |  | Descrizione Azienda Sanitaria |  |
| Descrizione DSM/CSM |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C** | **RICHIEDE E AUTORIZZA** |
| * l’attivazione |\_|
* la revoca |\_| (selezionare una sola voce)
* la modifica |\_|

dell’accesso all’applicativo SISMAS e del trattamento dei dati ordinari e particolari per i soggetti sottoindicati.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **D** | **ELENCO SOGGETTI** |
| **n.** | **Nome\*** | **Cognome\*** | **Codice Fiscale\*** | **UserID** | **Scadenza**(se richiesta) | **Qualifica\*** | **CSM di lavoro** |
| **1** |  |  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |
| **2** |  |  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |
| **3** |  |  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |
| **4** |  |  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |
| **5** |  |  |  |  | \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |

**Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ Firma:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* = campi obbligatori**

**NORME DI COMPILAZIONE ED INVIO DEL MODULO DI RICHIESTA UTENZE APPLICATIVE**

L’attivazione, la modifica o la revoca dell’accesso al SISMAS può essere richiesta dal referente designato dalla ASR al trattamento dei dati per il Servizio di Salute Mentale seguendo i seguenti passi:

* compilare il presente modulo di richiesta;
* firmare digitalmente il modulo o, in alternativa, acquisire in formato pdf la copia del modulo di richiesta, compilato e sottoscritto, unitamente alla copia del documento di identità in corso di validità;
* accedere al form di richiesta di assistenza reperibile al link <https://assistenzasalute.csi.it/#/assistenza/SISMAS>, autenticandosi con le proprie credenziali RUPAR;
* superata l’autenticazione, compilare i dati richiesti dal form e nel campo TIPOLOGIA selezionare la voce: “Richiesta nuove credenziali o abilitazione a nuove funzionalità”;
* allegare il modulo di richiesta (in formato word, pdf o zip) alla form e inviare la richiesta.

Sono di seguito indicate le norme per la compilazione del modulo.
Eventuali ulteriori chiarimenti sulle modalità di compilazione e invio del modulo possono essere richiesti al numero telefonico 011/3168050.

**I campi contrassegnati con un asterisco (\*) devono essere compilati obbligatoriamente.**

**Sezione A**In questa sezione devono essere indicati i dati del referente aziendale designato per il trattamento dei dati del servizio di Salute Mentale.

* **Indirizzo E-mail**: a tale indirizzo saranno inviate tutte le comunicazioni inerenti alla richiesta di abilitazione, modifica o revoca dell’accesso a SISMAS.

**Sezione B**

In questa sezione devono essere indicati i dati della Azienda Sanitaria Regionale di appartenenza del referente aziendale.

* **Codice e descrizione Azienda sanitaria regionale**: i campi devono essere compilati secondo la seguente tabella.

|  |  |
| --- | --- |
| **Azienda** | **Denominazione** |
| 301 | ASL TO |
| 203 | ASL TO3 |
| 204 | ASL TO4 |
| 205 | ASL TO5 |
| 206 | ASL VC |
| 207 | ASL BI |
| 208 | ASL NO |
| 209 | ASL VCO |
| 210 | ASL CN1 |
| 211 | ASL CN2 |
| 212 | ASL AT |
| 213 | ASL AL |

* **Descrizione DSM**: descrizione testuale del Dipartimento di Salute Mentale o Centro di Salute Mentale del referente aziendale.

**Sezione C**

In questa sezione deve essere indicata la tipologia di attività richiesta: attivazione, modifica o revoca. Occorre indicare una sola voce tra le opzioni previste.

**Sezione D**

Indicare i dati dei soggetti per cui deve essere attivata, modificata e revocata l’autorizzazione.

* **UserID**: per quanto possibile lo USERID richiesto per i nuovi codici dovrebbe rispettare il formato “iniziale del nome più cognome” (es: Mario Rossi avrà USERID=MROSSI fatto salvo omonimie) o il numero di matricola dell’Utente interessato.
* **Qualifica**: la qualifica deve essere scelta tra quelle sotto riportate:

|  |
| --- |
| **Qualifica** |
| Amministrativo |
| Ass.Sociale |
| Coordinatore infermieristico |
| Direttore DSM |
| Direttore SC |
| Educatore professionale |
| Infermiere |
| Medico |
| OTA |
| Psicologo |
| Responsabile CSM |
| Sist.Informativi |
| Tecnico della riabilitazione |

* **CSM di lavoro**: inserire da uno a più Centri di Salute Mentale per cui l’utente deve essere abilitato ad operare (es. CENTRO SALUTE MENTALE – ACQUI).
In caso di abilitazione al BackOffice specificare la voce ‘**Backoffice**’