***GESTIONE CHIAVI DI ACCESSO APPLICATIVE e CITRIX***

|  |
| --- |
| CODICE AZIENDA SANITARIA |
| |\_\_|\_\_|\_\_| |

|  |
| --- |
| **Trattamento (Procedura): PASSAPORTO DELLE ABILITA’ & NETWORK DI MEDICINA LEGALE** |
|  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **n.** | **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale** | **UserID** | **Scadenza**  (se richiesta) | **Sede** | **Chiave Citrix** | | 1 |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  1. ***Il Responsabile del Trattamento (Regolamento 2016/679 - GDPR)***   **COGNOME e NOME**  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_\_|\_\_|\_\_|  **INDIRIZZO email (per l’invio della risposta)**  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  **autorizza e richiede, ai sensi del Regolamento 2016/679 - GDPR: l’apertura**  **la chiusura**   1. ***USERID[[1]](#endnote-1)*:**     ***NOTE***  **L’accesso prevede:**  **a) Trattamento dati personali (rif. Regolamento 2016/679 - GDPR):** □ **sì** □ **no**  **b) Trattamento dati personali particolare (rif. Regolamento 2016/679 - GDPR):** □ **sì** □ **no**  Data:\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Firma (Responsabile del Trattamento Regolamento 2016/679 - GDPR):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**Il presente documento deve essere compilato elettronicamente e spedito attraverso il form**

**(**[**https://assistenzasalute.csi.it/#/assistenza/PABI%20-%20Medicina%20legale**](https://assistenzasalute.csi.it/#/assistenza/PABI%20-%20Medicina%20legale)**)**

**in modalità autenticata Tipologia : “Richiesta nuove credenziali o abilitazione a nuove funzionalità”**

1. Lo USERID richiesto per i nuovi codici deve contenere il Cognome o il numero di matricola dell’Utente interessato. [↑](#endnote-ref-1)