***GESTIONE CHIAVI DI ACCESSO APPLICATIVE***

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

|  |
| --- |
| **Trattamento (Procedura): PASSAPORTO DELLE ABILITA’ & NETWORK DI MEDICINA LEGALE** |
|  |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **n.** | **Nome** | **Cognome** | **Codice fiscale** | **UserID** | **Scadenza**(se richiesta) | **Sede** |
| 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)