



Richiesta da parte di una struttura sanitaria e/o sociosanitaria o esercizio convenzionato o privato accreditato o altra Amministrazione di abilitazione del software di un Integratore alla cooperazione applicativa con Edotto

<b>Data compilazione</b>	____/____/____
<b>Struttura sanitaria e/o sociosanitaria o esercizio convenzionato o privata accreditata che richiede l'abilitazione alla cooperazione applicativa con Edotto</b>	
<b>Estremi Convenzione/Accordo</b>	
<b>Codice Edotto della struttura</b>	
<b>Azienda Sanitaria Locale a cui fa riferimento la struttura sanitaria e/o sociosanitaria o esercizio convenzionato o privata accreditata</b>	<input type="checkbox"/> ASL Bari <input type="checkbox"/> ASL Brindisi <input type="checkbox"/> ASL Barletta-Andria-Trani  <input type="checkbox"/> ASL Foggia <input type="checkbox"/> ASL Lecce <input type="checkbox"/> ASL Taranto



**Procedure per l'abilitazione  
alla cooperazione applicativa con Edotto**

Versione 1.10  
20 Gennaio 2021

<b>Richiedente</b>	Qualifica (legale rappresentante)	
	Nome e Cognome	
	Indirizzo e-mail	
	Firma	
	Data richiesta	
<p><b>Con la sottoscrizione del presente modulo si attesta che</b> il titolare ha provveduto a nominare con atto n. _____ del _____ (indicare gli estremi degli atti di nomina) la ditta (inserire la Ragione Sociale) _____ P.IVA. _____ con sede in _____ via _____</p> <p>RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'art. 28 del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) e di aver fornito alla stessa ditta adeguate istruzioni per il trattamento dei dati.</p> <p>Inoltre, con la sottoscrizione del presente modulo l'Amministrazione richiedente si assume la piena responsabilità circa i trattamenti effettuati con l'applicativo che si richiede di integrare, manlevando la Regione Puglia da qualsiasi responsabilità derivante da eventuali violazioni delle normativa in materia di trattamento dei dati personali.</p>		



<b>Denominazione dell'applicativo per il quale si richiede l'abilitazione</b>	
<b>Breve descrizione dell'applicativo e delle ragioni della integrazione</b>	
<b>Ambito applicativo del sistema cooperante</b> <i>(marcare almeno una voce)</i>	<input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza <input type="checkbox"/> Amministrativo contabile <input type="checkbox"/> Trasfusionale <input type="checkbox"/> LIS <input type="checkbox"/> Magazzino farmaci <input type="checkbox"/> Personale  <input type="checkbox"/> Anatomia patologica <input type="checkbox"/> Dipendenze <input type="checkbox"/> GIAVA <input type="checkbox"/> Screening Oncologico <input type="checkbox"/> SISM <input type="checkbox"/> SIST <input type="checkbox"/> CUP  <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
<b>Finalità del trattamento</b>	
<b>Base giuridica del trattamento</b> <i>(normativa di riferimento)</i>	



<b>Azienda produttrice di software cooperante.</b> <i>Nel caso di software sviluppato direttamente dalla stessa azienda sanitaria riportare il nome della stessa azienda sanitaria</i>	Ragione sociale	
	Indirizzo	
	Comune	
	PEC	



<b>Nominativo del referente della commessa per la struttura</b>	Nome e Cognome	
	Codice Fiscale	
Indirizzo e-mail		
Telefono		



<p><b>Riferimento Tecnico dell'Integratore</b></p> <p><i>(ripetere le righe Nome e Cognome, Codice Fiscale, indirizzo posta elettronica e telefono per ogni persona riportata all'interno del documento di assunzione di responsabilità)</i></p>	<p>Nome e Cognome</p> <p>Codice Fiscale</p> <p>Indirizzo e-mail</p> <p>Telefono</p>	
<p><b>Ambito di provenienza</b></p> <p><i>Indica la modalità di accesso che sarà utilizzata dal sistema cooperante per accedere all'ambiente di test (<b>marcare solo una voce</b>)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> via Internet pubblica</p> <p><input type="checkbox"/> via RUPAR-SPC / Connettività Regionale</p>	
<p><b>Indirizzo/i IP da abilitare</b></p> <p><i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC / Connettività Regionale)</i></p>		



<b>Aree applicative di Edotto con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare</b>	<b>Aree applicative Edotto</b>	
<p><u>(marcare almeno una voce)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Anagrafe Assistiti</li><li><input type="checkbox"/> Anagrafe Strutture Sanitarie</li> <li><input type="checkbox"/> Anagrafe del Personale Sanitario</li><li><input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi</li> <li><input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza</li><li><input type="checkbox"/> Gestione Ricoveri</li> <li><input type="checkbox"/> Medicina Generale e Pediatrica</li><li><input type="checkbox"/> Servizi Supporto</li> <li><input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale</li><li><input type="checkbox"/> Sistema Trasfusionale</li> <li><input type="checkbox"/> Dotazioni Organiche e Ruoli Nominativi</li><li><input type="checkbox"/> Osservatorio Prezzi e Tecnologie</li> <li><input type="checkbox"/> Emergenza Sanitaria Territoriale</li><li><input type="checkbox"/> Strutture Informative</li> <li><input type="checkbox"/> Ambulatoriale Interna/Altre professionalità</li><li><input type="checkbox"/> Osservatorio Epidemiologico Regionale</li> <li><input type="checkbox"/> Farmaceutica</li><li><input type="checkbox"/> Flussi Informativi</li> <li><input type="checkbox"/> Anonimizzazione e pseudonimizzazione</li><li><input type="checkbox"/> Gestione Ricette Specialistiche</li></ul>	



**Procedure per l'abilitazione  
alla cooperazione applicativa con Edotto**

Versione 1.10  
20 Gennaio 2021

- 

<b>Autorizzazione RIP ASL</b>	RIP Azienda ASL  Data autorizzazione	
<b>Autorizzazione RUP Edotto</b>	Dirigente Ufficio regionale  Data autorizzazione	
<p><i>* Informativa sulla tutela dei dati personali</i></p> <p><i>Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) sulla tutela dei dati personali, il trattamento dei dati avviene con procedure e misure idonee a tutelare la riservatezza dell'Utente e consiste nella loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione degli stessi unicamente per le finalità connesse all'erogazione del servizio.</i></p>		