



1.1 Richiesta da parte di un'Amministrazione di abilitazione del software di un Integratore alla cooperazione applicativa con Edotto

Data compilazione	_____ / _____ / _____
Amministrazione che richiede l'abilitazione alla cooperazione applicativa con Edotto	<ul style="list-style-type: none"><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<input type="checkbox"/> EE Miulli<input type="checkbox"/> EE Panico <input type="checkbox"/> AOU Policlinico di Bari<input type="checkbox"/> IRCCS de Bellis<input type="checkbox"/> AOU OO. RR. Foggia<input type="checkbox"/> IRCCS Maugeri<input type="checkbox"/> IRCCS Giovanni Paolo II<input type="checkbox"/> IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza<input type="checkbox"/> Regione Puglia <p>Area: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro:</p>



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

Versione 1.10
20 Gennaio 2021

Richiedente	Qualifica	
	Nome e Cognome	
Indirizzo e-mail		
Firma		
Data richiesta		
<p>Con la sottoscrizione del presente modulo si attesta che 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>		



Denominazione dell'applicativo per il quale si richiede l'abilitazione	
Breve descrizione dell'applicativo e delle ragioni della integrazione	
Ambito applicativo del sistema cooperante <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): _____
Finalità del trattamento	
Base giuridica del trattamento <i>(normativa di riferimento)</i>	



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



Riferimento del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC) dell'affidamento cui si riferisce l'applicativo da integrare <i>Nel caso di Ente Ecclesiastico o IRCCS privato indicare il nominativo del referente della commessa per tale Ente</i>	Nome e Cognome	
	Codice Fiscale	
Indirizzo e-mail		
	Telefono	



<p>Riferimento Tecnico dell'Integratore</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>Ambito di provenienza</p> <p><i>Indica la modalità di accesso che sarà utilizzata dal sistema cooperante per accedere all'ambiente di test (marcare solo una voce)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> via Internet pubblica</p> <p><input type="checkbox"/> via RUPAR-SPC / Connettività Regionale</p>	
<p>Indirizzo/i IP da abilitare</p> <p><i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC / Connettività Regionale)</i></p>		



Aree applicative di Edotto con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare	Aree applicative Edotto	
<u>(marcare almeno una voce)</u>	<input type="checkbox"/> Anagrafe Assistiti <input type="checkbox"/> Anagrafe Strutture Sanitarie <input type="checkbox"/> Anagrafe del Personale Sanitario <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi <input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza <input type="checkbox"/> Gestione Ricoveri <input type="checkbox"/> Medicina Generale e Pediatrica <input type="checkbox"/> Servizi Supporto <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale <input type="checkbox"/> Sistema Trasfusionale <input type="checkbox"/> Dotazioni Organiche e Ruoli Nominativi <input type="checkbox"/> Osservatorio Prezzi e Tecnologie <input type="checkbox"/> Emergenza Sanitaria Territoriale <input type="checkbox"/> Strutture Informative <input type="checkbox"/> Ambulatoriale Interna/Altre professionalità <input type="checkbox"/> Osservatorio Epidemiologico Regionale <input type="checkbox"/> Farmaceutica <input type="checkbox"/> Flussi Informativi <input type="checkbox"/> Anonimizzazione e pseudonimizzazione <input type="checkbox"/> Gestione Ricette Specialistiche	



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

Versione 1.10
20 Gennaio 2021

-

Autorizzazione RUP Edotto	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>		