



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

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



<b>Breve descrizione dell'applicativo e delle ragioni della integrazione</b>			
<b>Ambito applicativo del sistema cooperante</b>  <i>(marcare almeno una voce)</i>	<div><input type="checkbox"/> 118</div> <div><input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza</div> <div><input type="checkbox"/> Amministrativo contabile</div> <div><input type="checkbox"/> Trasfusionale</div> <div><input type="checkbox"/> LIS</div> <div><input type="checkbox"/> Magazzino farmaci</div> <div><input type="checkbox"/> Personale</div> <div><input type="checkbox"/> Anatomia patologica</div> <div><input type="checkbox"/> Dipendenze</div> <div><input type="checkbox"/> GIAVA</div> <div><input type="checkbox"/> Screening Oncologico</div> <div><input type="checkbox"/> SISM</div> <div><input type="checkbox"/> SIST</div> <div><input type="checkbox"/> CUP</div> <div><input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____</div>		
<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		
<b>Riferimento Tecnico dell'Integratore</b>  <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>	Nome e Cognome		
	Codice Fiscale		
	Indirizzo e-mail		
	Telefono		
<b>Ambito di provenienza</b>  <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>	<div><input type="checkbox"/> via Internet pubblica</div> <div><input type="checkbox"/> via RUPAR-SPC / Connettività Regionale</div>		



<b>Indirizzo/i IP da abilitare</b> <i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC / Connettività Regionale)</i>		
<b>Aree applicative di Edotto con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare</b>  <i>(marcare almeno una voce)</i>	<b>Aree applicative Edotto</b>	
	<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 Pediatria	<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
	<input type="checkbox"/> Ricettari	<input type="checkbox"/> Gravidanza e Nascita
	<input type="checkbox"/> Protesica	<input type="checkbox"/> Registro Mortalità
	<input type="checkbox"/> Domiciliare	<input type="checkbox"/> Riabilitativa
	<input type="checkbox"/> Residenziale e Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Scheda Triage Telefonico Covid19
<b>Autorizzazione RIP ASL</b>	<b>RIP Azienda ASL</b>	
	<b>Data autorizzazione</b>	
<b>Autorizzazione RUP Edotto</b>	<b>Dirigente Ufficio regionale</b>	
	<b>Data autorizzazione</b>	
<p><i>* Informativa sulla tutela dei dati personali</i></p> <p>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.</p>		