



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	<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 Area: _____ <input type="checkbox"/> Altro:	
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
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	
Riferimento Tecnico dell'Integratore <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	
Ambito di provenienza <i>Indica la modalità di accesso che sarà utilizzata dal sistema cooperante per accedere all'ambiente di test (marcare solo una voce)</i>	<input type="checkbox"/> via Internet pubblica <input type="checkbox"/> via RUPAR-SPC / Connettività Regionale	



Indirizzo/i IP da abilitare <i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC / Connettività Regionale)</i>		
Aree applicative di Edotto con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare <i>(marcare almeno una voce)</i>	Aree applicative Edotto	
	<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	
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>		