

Da inviare a mezzo e-mail all'indirizzo: gestoreeventi.hd@sanita.puglia.it

Al **Centro Tecnico della RUPAR Puglia**
c/o InnovaPuglia s.p.a.
70010 Valenzano (Ba)
fax 080/4670327

Oggetto: Richiesta Registrazione al Gestore Eventi del NICA della Regione Puglia

Organizzazione richiedente	
Ragione sociale	<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"/> AOU Policlinico Giovanni XXIII di Bari
	<input type="checkbox"/> AOU Ospedali Riuniti Foggia
	<input type="checkbox"/> IRCCS Giovanni Paolo II
	<input type="checkbox"/> IRCCS de Bellis
	<input type="checkbox"/> IRCCS Maugeri
	<input type="checkbox"/> IRCCS Casa Sollievo della sofferenza
	<input type="checkbox"/> EE Miulli
	<input type="checkbox"/> EE Panico
	<input type="checkbox"/> Regione Puglia
<input type="checkbox"/> Altro: _____	

Responsabile Sistemi Informativi	Cognome	
	Nome	
Tel. fisso		
Cellulare		
email		
Sistema informativo (pubblicatore o sottoscrittore)		

	<input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza <input type="checkbox"/> Amministrativo contabile <input type="checkbox"/> Edotto <input type="checkbox"/> LIS <input type="checkbox"/> Magazzino farmaci <input type="checkbox"/> Personale <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> Trasfusionale <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"/> Altro: <hr/> <hr/>	
Data richiesta		
Firma richiedente		

Dati tecnici di registrazione	
Tipologia del soggetto (selezionare solo una opzione)	<input type="checkbox"/> Publisher <input type="checkbox"/> Subscriber
Nome dell'evento ¹ (selezionare uno o più eventi)	Se subscriber, indicare il Connettore HTTP ²
AA Anagrafe Assistiti	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagrafica	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaStraniero	
<input type="checkbox"/> VariazioneEsenzione	
<input type="checkbox"/> VariazioneSceltaMedico	
AA Medicina di Famiglia	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaPersonaleSanitario	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciMedico	
<input type="checkbox"/> VariazioneAppartenenzaFormaAssociativa	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiStudioMedicoEOrarioRicevimento	
<input type="checkbox"/> VariazioneFormaAssociativa	
<input type="checkbox"/> VariazioneIncaricoMediciDiMedicinaGenerale EPediatria	
AA Medici Specialisti Ambulatoriali e Altre Professionalità	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaPersonaleSanitario	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciMedico	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciProfessionista	
<input type="checkbox"/> VariazioneIscrizioneAlboMedicoSpecialistaOProfessionista	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiContabiliMedicoSpecialistaOProfessionista	
<input type="checkbox"/> VariazioneIncaricoMedicoSpecialistaOProfessionista	
<input type="checkbox"/> VariazioneTurnoMedicoSpecialistaOProfessionista	
AA Medici dei Servizi Territoriali	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaPersonaleSanitario	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciMedico	

¹ Nome dell'evento: deve essere composto da una sequenza di caratteri definiti dalla seguente espressione regolare [a..z,A..Z] quindi senza cifre, trattini, underscore o altri caratteri speciali

² Nome del servizio presente nell'indirizzo del connettore (indirizzo web della Porta Applicativa) del servizio sottoscrittore che assume la seguente forma:
indirizzoBasePDDAziendale/nomeServizio

<input type="checkbox"/> VariazioneDatiContabiliMedicoDeiServizi	
<input type="checkbox"/> VariazioneIncaricoMedicoDeiServizi	
<input type="checkbox"/> VariazioneTurnoMedicoDeiServizi	
AA Medici di Continuità Assistenziale	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaPersonaleSanitario	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciMedico	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiContabiliMedicoDi Continuita	
<input type="checkbox"/> VariazioneIncaricoMedicoDiContinuita	
AA Medici di Emergenza Sanitaria Territoriale	
<input type="checkbox"/> VariazioneAnagraficaPersonaleSanitario	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiAccademiciMedico	
<input type="checkbox"/> VariazioneDatiContabiliMedicoDi Emergenza	
<input type="checkbox"/> VariazioneIncaricoMedicoDiEmergenza	
AA Anagrafe Strutture sanitarie	
<input type="checkbox"/> VariazioneStrutturaSanitaria	
Modalità consegna ³ (selezionare solo una opzione)	<input type="checkbox"/> Consegna diretta <input type="checkbox"/> Notifica disponibilità evento

³

La modalità di consegna è esclusiva.

Il servizio applicativo che intende ricevere la notifica di un messaggio, deve implementare un'interfaccia applicativa, per il recupero del messaggio, definita dal WSDL NotificaEventi.wsdl che sarà disponibile se selezionata la modalità di Notifica

<p>Ragione sociale dell'Azienda produttrice/gestore del sistema informativo sottoscrittore. <i>Nel caso di software sviluppato direttamente dalla stessa azienda sanitaria riportare il nome della stessa azienda sanitaria</i></p>		
<p>Referente tecnico</p>	<p>Cognome</p> <p>Nome</p> <p>Tel. fisso</p> <p>Cellulare</p> <p>email</p>	

<p style="text-align: center;">Esito (a cura di Ufficio SIFI/APS Regione)</p>	
<p>Esito della richiesta</p>	<p><input type="checkbox"/> si autorizza</p> <p><input type="checkbox"/> si rifiuta, con la seguente motivazione</p> <hr/>

	<hr/> <hr/>
Data esito	
Firma Ufficio SIFI	