



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

Struttura sanitaria e/o sociosanitaria o esercizio convenzionato o privata accreditata che richiede l'abilitazione alla cooperazione applicativa con Edotto		
Estremi Convenzione/Accordo		
Amministrazione 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 Brindisi <input type="checkbox"/> ASL Barletta-Andria-Trani <input type="checkbox"/> ASL Foggia <input type="checkbox"/> ASL Lecce <input type="checkbox"/> ASL Taranto	
Denominazione dell'applicativo per il quale si richiede l'abilitazione		
Azienda produttrice di software cooperante. Nel caso di software sviluppato direttamente dalla stessa azienda sanitaria riportare il nome della stessa azienda sanitaria	Ragione sociale	
	Indirizzo	
	Comune	
	PEC	
Ambito applicativo del sistema cooperante <i>(marcare almeno una voce)</i>	<input type="checkbox"/> 118	<input type="checkbox"/> Anatomia patologica
	<input type="checkbox"/> Accettazione e Urgenza	<input type="checkbox"/> Dipendenze
	<input type="checkbox"/> Amministrativo contabile	<input type="checkbox"/> GIAVA
	<input type="checkbox"/> Edotto	<input type="checkbox"/> Screening Oncologico
	<input type="checkbox"/> LIS	<input type="checkbox"/> SISM



	<input type="checkbox"/> Magazzino farmaci	<input type="checkbox"/> SIST		
	<input type="checkbox"/> Personale	<input type="checkbox"/> CUP		
	<input type="checkbox"/> RIS	<input type="checkbox"/> Trasfusionale		
	<input type="checkbox"/> Altro _____			
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 posta elettronica			
	Telefono			
Modalità tecnica che sarà utilizzata per realizzare la cooperazione applicativa <i>(marcare solo una voce)</i>	<input type="checkbox"/> Web services <input type="checkbox"/> SPCoop (cooperazione applicativa via Porta di Dominio)			
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			
Indirizzo/i IP da abilitare <i>(da compilare solo se si accede via RUPAR-SPC)</i>				
Aree applicative di Edotto con cui si richiede l'abilitazione tecnica a cooperare <i>(marcare almeno una voce)</i>	<input type="checkbox"/>	Area applicativa	<input type="checkbox"/>	Area applicativa
	<input type="checkbox"/>	Anagrafe Assistiti	<input type="checkbox"/>	Gestione Ricoveri
	<input type="checkbox"/>	Ricettari	<input type="checkbox"/>	OER
	<input type="checkbox"/>	Accettazione e Urgenza	<input type="checkbox"/>	Gravidanza e Nascita
	<input type="checkbox"/>	Medicina Generale e Pediatrica	<input type="checkbox"/>	Malattie Infettive
	<input type="checkbox"/>	Continuità Assistenziale	<input type="checkbox"/>	Registro Tumori
	<input type="checkbox"/>	Medicina dei Servizi	<input type="checkbox"/>	Registro Mortalità
	<input type="checkbox"/>	Emergenza Sanitaria Territoriale	<input type="checkbox"/>	Sistema Trasfusionale



	<input type="checkbox"/>	Ambulatoriale Interna/Altre professionalità	<input type="checkbox"/>	Mobilità Sanitaria	
	<input type="checkbox"/>	Specialistica Privata Accreditata	<input type="checkbox"/>	Monitoraggio Contabile	
	<input type="checkbox"/>	Specialistica Ospedaliera	<input type="checkbox"/>	Dotazioni Organiche e Ruoli Nominativi	
	<input type="checkbox"/>	Protesica e Integrativa	<input type="checkbox"/>	Osservatorio Prezzi e Tecnologie	
	<input type="checkbox"/>	Riabilitativa	<input type="checkbox"/>	Anagrafe Strutture Sanitarie	
	<input type="checkbox"/>	Domiciliare	<input type="checkbox"/>	Strutture Informative	
	<input type="checkbox"/>	Residenziale e Semiresidenziale	<input type="checkbox"/>	Direzionale	
	<input type="checkbox"/>	Farmaceutica	<input type="checkbox"/>	Flussi Informativi	
	<input type="checkbox"/>	Anagrafe del Personale Sanitario	<input type="checkbox"/>	Scheda Day Service	
Data compilazione					
Richiedente	Qualifica				
	Nome e Cognome				
	Indirizzo posta elettronica				
	Firma				
	Data richiesta				
Autorizzazione RIP ASL	RIP Azienda ASL				
	Data autorizzazione				
Autorizzazione Ufficio regionale	Dirigente Ufficio regionale				
	Data autorizzazione				
* Informativa sulla tutela dei dati personali					
Ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 sulla tutela dei dati personali, il trattamento dei dati avviene con procedure 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.					