

SISTEMA INFORMATIVO EDOTTO

**MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI/ATTRIBUZIONE RUOLO
PER ESERCIZIO COMMERCIALE/PARAFARMACIA IN CONVENZIONE
PER VENDITA PRODOTTI SENZA GLUTINE**

Io sottoscritto cognome _____ nome _____

data di nascita _____ comune di nascita _____ provincia di nascita _____

e-mail (individuale del richiedente) _____ @ _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Esercizio/parafarmacia: _____

Comune esercizio/parafarmacia: _____ ASL _____

a seguito della frequenza del corso Web Based Training **Assistenza Farmaceutica (Esercenti)**,
RICHIEDO sotto la mia personale responsabilità il rilascio dei ruoli Edotto sotto selezionati per la struttura
sopra indicata:

Responsabile esercizio commerciale convenzionato

Operatore prodotti senza glutine (*)

Autorizzo, sotto la mia responsabilità, l'invio delle credenziali all'indirizzo e-mail sopra indicato.

Inoltre, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, così
come stabilito dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, DICHIARO che tutte le informazioni da me
comunicare con questo modulo corrispondono al vero.

Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

Informativa

I dati comunicati con il presente modulo saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla
Amministrazione di appartenenza e dalla società Exprivia Healthcare IT srl ai sensi di quanto previsto dal
D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") per le finalità di rilascio delle
credenziali Edotto/attribuzione profilo.

Luogo e data _____

*Firma del Richiedente (**)*

*Timbro e firma del titolare
dell'esercizio commerciale/parafarmacia*

VISTO PER APPROVAZIONE (*)**

Luogo e data _____

*Il RIP aziendale
 (timbro e firma)*

(*) è nella responsabilità del titolare dell'esercizio/parafarmacia la comunicazione al Centro Servizi Edotto che l'operatore non è più in servizio presso la parafarmacia stessa o l'esercizio commerciale e che quindi se ne chiede il blocco delle credenziali.

(**) se trattasi di persona diversa dal titolare dell'esercizio commerciale/parafarmacia il modulo deve essere controfirmato dal titolare dell'esercizio commerciale/parafarmacia quale autorizzazione.

(***) il visto per approvazione è da acquisire solo se lo prevede il modello organizzativo stabilito dal RIP dell'azienda sanitaria.

Restituire via fax o email al Centro Servizi Edotto di competenza

Edotto APS	TEL 0805403597		email hd.edottoaps@exprivia.it
Edotto BA	TEL 0805842910	FAX 0805842945	email hd.edottoaslba@exprivia.it
Edotto BR	TEL 0831510222	FAX 0831510010	email hd.edottoaslbr@exprivia.it
Edotto BT	TEL 0883299731	FAX 0883299723	email hd.edottoaslbt@exprivia.it
Edotto FG	TEL 0881884544	FAX 0881884683	email hd.edottoaslfg@exprivia.it
Edotto LE	TEL 0832226199	FAX 0832226077	email hd.edottoaslle@exprivia.it
Edotto TA	TEL 0997786777	Posta ordinaria CS Edotto Regione Puglia-ASL TARANTO Viale Virgilio, 31 - Piano Rialzato TARANTO	email hd.edottoasлта@exprivia.it