

SCANSIONARE E INVIARE VIA EMAIL A abilitazioni.ict@ior.it

Dati del Richiedente (con * i campi obbligatori)

| | | | |
|--|-----------|-------------|--|
| Cognome e Nome * | | | |
| Codice Fiscale * | | | |
| E-mail aziendale | | | |
| Struttura di appartenenza * SCATIPD | | | |
| Codice Centro di Costo 261/N | | | |
| Durata rapporto di lavoro o collaborazione | | | |
| Matricola | Telefono | Cellulare * | |
| Profilo (medico, infermiere, amministrativo, ecc.) * SPECIALIZZANDO IN ANESTESIA | | | |
| Data di decorrenza * | Data fine | | |

Servizi o Sistemi Informatici di cui si richiede: ☒ attivazione ☐ disattivazione ☐ riattivazione

Motivazione della richiesta: _____

| AREA GENERALE | AREA SANITARIA | | AREA RICERCA |
|---|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Posta elettronica | <input checked="" type="checkbox"/> SIR2020 | <input type="checkbox"/> LOG80 | <input type="checkbox"/> CARDINIS |
| <input type="checkbox"/> Accesso Internet | <input type="checkbox"/> DIGISTAT | <input type="checkbox"/> GARSIA | <input type="checkbox"/> MARFED |
| <input type="checkbox"/> SPID | <input type="checkbox"/> DNWEB/LUM | <input type="checkbox"/> MYSANITA | AREA AMMINISTRATIVA |
| <input type="checkbox"/> Firma Digitale | <input type="checkbox"/> DNWEB/Micro IOR | <input type="checkbox"/> ELIOT | |
| <input type="checkbox"/> Microsoft Office 365 | <input type="checkbox"/> DNTER | <input type="checkbox"/> ELIOTWEB | <input type="checkbox"/> GAAC |
| <input type="checkbox"/> Altro Applicativo | <input type="checkbox"/> GERICOS | <input type="checkbox"/> EASYCUP | <input type="checkbox"/> ALP2000 |
| | <input type="checkbox"/> POLARIS | <input type="checkbox"/> HEALTHMEETING | <input type="checkbox"/> BABEL |
| | <input type="checkbox"/> ATHENA | <input type="checkbox"/> INPS | |

Descrizione del profilo richiesto per gli applicativi selezionati o in alternativa collega dal quale copiare le abilitazioni

| Applicativo | Profilo |
|-------------|---------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

L'utente richiedente dichiara di aver preso attenta visione del "Regolamento per l'utilizzo dei servizi informatici" e di accettare sotto la propria responsabilità tutte le condizioni ivi contenute.

Nel caso in cui dimentichi la password, per riottenere l'accesso ai servizi l'utente dovrà contattare il servizio di assistenza informatica per richiederne una nuova, che dovrà essere obbligatoriamente modificata al primo accesso.

Data, _____

In fede _____

Istituto Ortopedico Rizzoli
Bologna

Il Responsabile della struttura dell'utente richiedente

| | |
|------------------------------------|--|
| Cognome e Nome RICCI ALESSANDRO | Timbro e Firma Dott. Alessandro Ricci Il Direttore Sostituto SC Anestesia e Terapia Intensiva Post Operatoria e del Dolore |
|------------------------------------|--|

Da compilare solo in caso che il Responsabile della struttura dell'utente richiedente non sia responsabile dei servizi di cui si chiede l'abilitazione.

Responsabile organizzativo dei servizi di cui si richiede l'abilitazione

| | |
|----------------|----------------|
| Cognome e Nome | Timbro e Firma |
|----------------|----------------|