

	<b>MODULO DI RICHIESTA UTENZA APPLICATIVI</b>	M/919/37 Rev. 10 Pagina 1 di 1
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------------------------------

Nome e cognome del richiedente			
Codice Fiscale			
Unità operativa – Ufficio			
Telefono interno			
Modulo da attivare	<b>AMBITO SANITARIO</b>		
	<input type="checkbox"/> CARTELLA CLINICA (ADT; S. OPERATORIE; ORDER-ENTRY; EDF) <input type="checkbox"/> FASCICOLO AMBULATORIALE (INTERNI; ESTERNI) <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO (GIPSE) <input type="checkbox"/> RIS <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> PACSWEB <input type="checkbox"/> WINSAP <input type="checkbox"/> DNLAB		
	<b>AMBITO AMMINISTRATIVO</b>		
	<input type="checkbox"/> OLIAMM <input type="checkbox"/> MAGAZZ. REP. <input type="checkbox"/> RICHIESTE WEB		
	<b>AMBITO RISORSE UMANE</b>		
	<input type="checkbox"/> GEST. PERSONALE- MODULO GIURIDICO <input type="checkbox"/> GEST. PERSONALE- MODULO TRATTAMENTO ECONOMICO <input type="checkbox"/> RILEVAZIONE PRESENZE <input type="checkbox"/> RILEVAZIONE PRESENZE WEB (RICHIESTE ASSENZE) <input type="checkbox"/> GESTIONE TURNI		
	<b>GESTIONE DOCUMENTALE (UNICA)</b>		
	<input type="checkbox"/> DOC EVOLUTION <input type="checkbox"/> ARKFATT <input type="checkbox"/> ARCH.PROVVEDIMENTI <input type="checkbox"/> INTRAMOENIA AMB. <input type="checkbox"/> ARCH.C.CLINICHE <input type="checkbox"/> FASC. DIPENDENTI		
	<b>AMBITO TECNOLOGICO</b>		
	<input type="checkbox"/> DOMINIO (ACCESSO POSTAZIONI; MAIL; INTERNET) <input type="checkbox"/> VPN		
<b>ALTRO</b>			
.....			
Qualifica	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> TECNICO SANITARIO <input type="checkbox"/> ALTRO.....		
Ruolo	<input type="checkbox"/> ANESTESISTA <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> COORDINATORE <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> SPECIALIZZANDO <input type="checkbox"/> TECNICO SANITARIO <input type="checkbox"/> ALTRO .....		
Rapporto di lavoro	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE AZIENDA <input type="checkbox"/> TEMPO IND. <input type="checkbox"/> TEMPO DET. <input type="checkbox"/> ALTRO ..... DATA SCADENZA CONTRATTO.....		
Esigenze operative	<input type="checkbox"/> DI REPARTO <input type="checkbox"/> DI RICERCA <input type="checkbox"/> ALTRO.....		
Funzionalità da attivare			
<b>Approvazione</b>			
Responsabile			
Firma responsabile		Data approvazione	
<b>LA DIREZIONE SANITARIA (SE DI COMPETENZA)</b>			
Firma e Timbro		Data approvazione	
Dichiaro di aver preso visione del <i>disciplinare interno uso risorse informatiche</i> circa l'utilizzo della posta elettronica e navigazione web.			
<b>Ricevuta da firmare al momento del ritiro</b>			
Firma Richiedente		Data consegna	