



Al Responsabile del Servizio
Organizzazione – Sistemi Informativi
Dott. Luigi Spanu
Fax 079 28 30 639

Oggetto: Modulo per Richiesta Credenziali di accesso ai Sistemi Informativi Aziendali

Dati Richiedente

Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono		e-mail	
Struttura			
Tipo contratto	<input type="checkbox"/> Tempo Ind.	<input type="checkbox"/> Tempo Det. - Data Scadenza ____/____/____	
Qualifica			

Dati Responsabile

Cognome		Nome	
Struttura			
Sede			
Telefono		e-mail	

Tipo di Account:

Servizi Internet	Sistema Informativo Amministrativo	Sistema Informativo Ospedaliero	Sistema Informativo Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Utenza di Dominio	<input type="checkbox"/> Protocollo	<input type="checkbox"/> Laboratorio Analisi (Galileo)	<input type="checkbox"/> Laboratorio Analisi (DN Territorio /DNLAB)
<input type="checkbox"/> Posta Elettronica	<input type="checkbox"/> ATTI (Atti Amministrativi)	<input type="checkbox"/> Consulenze (Galileo)	<input type="checkbox"/> Cartella Ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> AMC (Contabilità)	<input type="checkbox"/> Order Entry (Galileo)	<input type="checkbox"/> SGP (Prenotazioni e Agende)
	<input type="checkbox"/> HR (Human Resource)	<input type="checkbox"/> SOWEB (Sale Operatorie)	
	<input type="checkbox"/> Portale Dipendente	<input type="checkbox"/> PSWEB (Pronto Soccorso)	
		<input type="checkbox"/> ADT (Accettazione Dimissione Trasf.)	

NOTE:

Tutti i campi devono essere compilati obbligatoriamente. Le domande incomplete non verranno prese in considerazione. Le credenziali verranno inviate in busta chiusa presso la struttura del richiedente.

Firma del Richiedente

Firma del Responsabile

Sassari, li _____

Timbro della Struttura