

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA**

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste, 27 febbraio 2015

Prot. N° 10400 /GEN. III. 5. E. 3
(da citare nella risposta)

Servizio S.C. Sistema Informativo
Statistica ed Informatizzazione Amministrativa
Via del Farneto, 3 – 34100- Trieste

Funzionario referente per quanto comunicato
Barbara Zilli - 040 399 5152
Francesco Riosa – 040 3995145
(nome e cognome, numero di telefono)

e mail: si@aas1.sanita.fvg.it

Fax: 040 350448

Rif. Nota _____ di data _____

Oggetto: Nuove modalità gestione
password.

Ai Direttori di Dipartimento

**Ai Responsabili di Struttura Complessa
e di Struttura Semplice**

**Ai Responsabili/Referenti
amministrativi delle strutture aziendali**

**Alle Residenze Polifunzionali /
Case di Riposo**

LORO SEDI

A decorrere dal prossimo 1 marzo 2015 l'Azienda per l'assistenza Sanitaria Triestina adegua le modalità di gestione delle password (richiesta, cancellazione, reset) alla evoluzione organizzativa regionale.

E' stata creata una nuova casella di posta elettronica aziendale:

password@aas1.sanita.fvg.it

alla quale dovranno essere inviate tutte le richieste di credenziali debitamente datate, protocollate e **firmate elettronicamente** dal Responsabile per la Privacy della Struttura richiedente.

Le richieste saranno formulate, come già ora avviene, sulla apposita modulistica che si trasmette in allegato. Le strutture in indirizzo dovranno conservare il fac simile originale del modello, in quanto, se si sovrascrive e si salva il modello originale, questo va perduto ed è necessario richiedere l'invio di un altro.

Le richieste **dovranno pervenire in formato .pdf** e allo scopo si allega l'informativa sulla firma elettronica di file .pdf.

Si invitano i Responsabili, anche per accelerare i tempi del rilascio, a far compilare in via informatizzata **tutti** i campi richiesti, **comprese le motivazioni** della richiesta, per i programmi per i quali queste sono previste.

A disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento si rendesse necessario si porgono cordiali saluti.

Il Responsabile S.C. Sistema Informativo
dott. Giuliano Blasetti
firmata digitalmente

Allegati: c.s.

Centralino 040 3991 111
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 01258370327

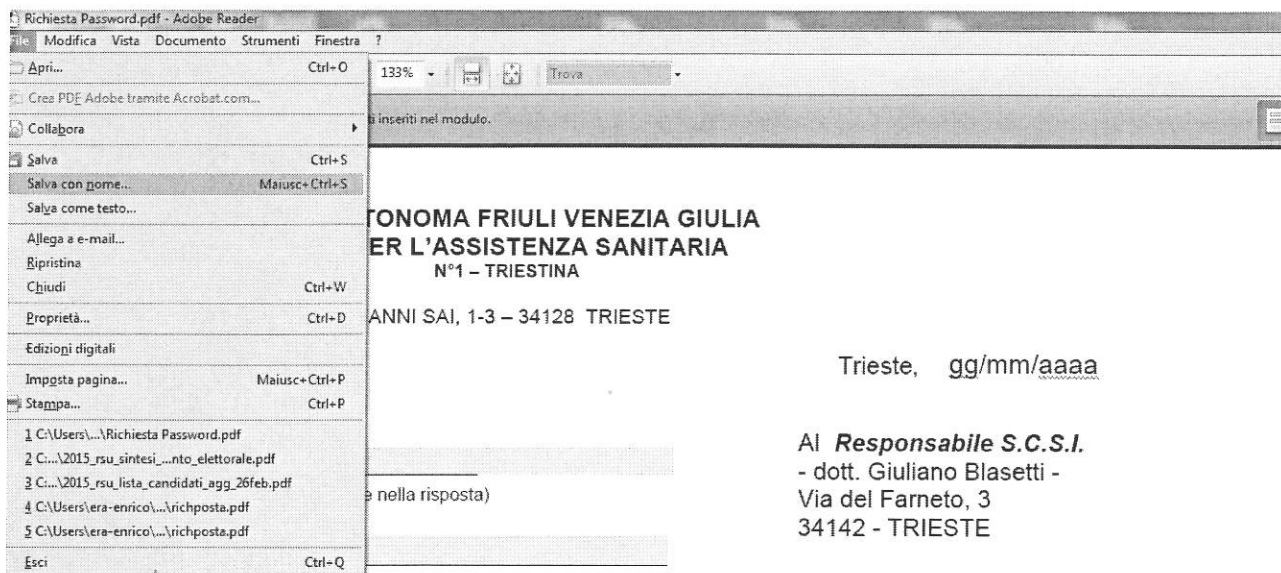
www.aas1.sanita.fvg.it

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: Aas1TS.protgen@certsanita.fvg.it

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviata l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: da@aas1.sanita.fvg.it

ISTRUZIONI OPERATIVE PER LA FIRMA ELETTRONICA DI UN FILE .PDF

1) Compilare il modulo e salvare un copia con nome



Funzionario responsabile o referente per quanto comunicato
Mario Rossi
Telefono 040399 XXX
E mail prova@prova.it

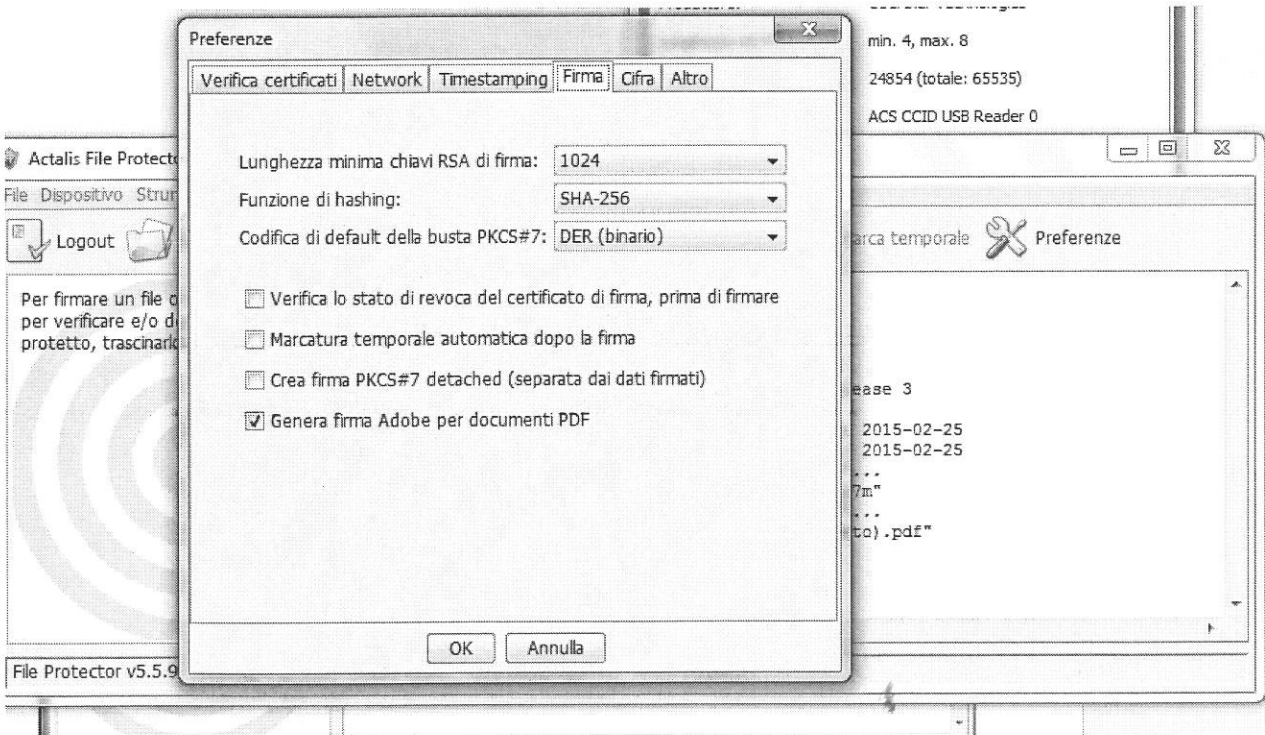
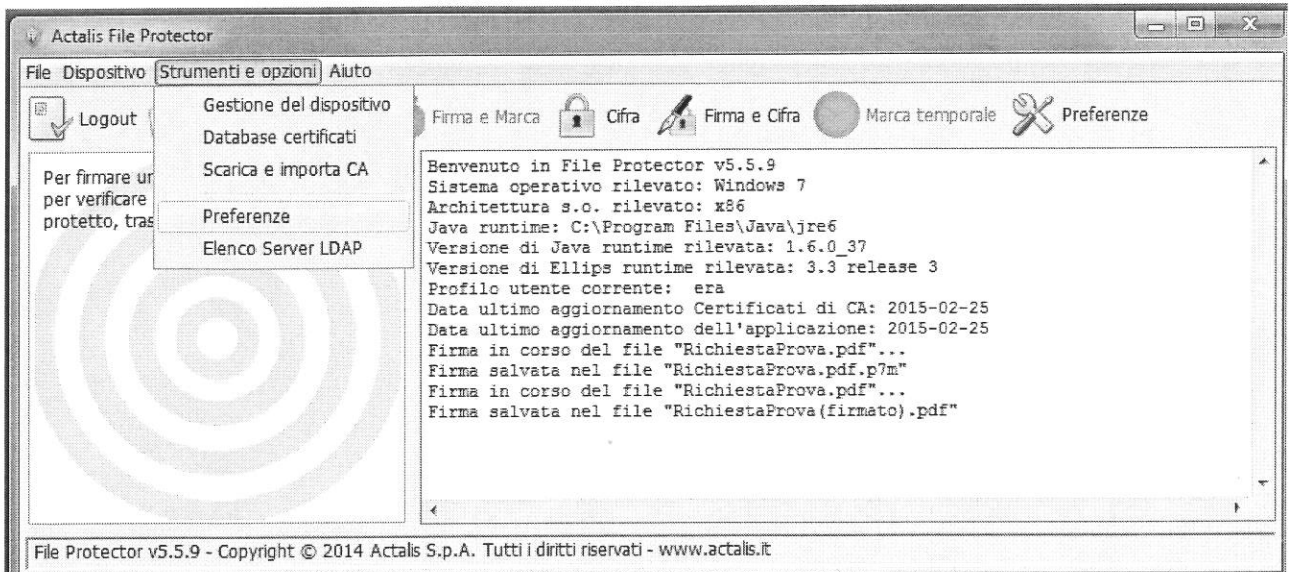
OGGETTO *Richiesta rilascio "password"*

E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltra la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo: password@as1.sanita.fvg.it

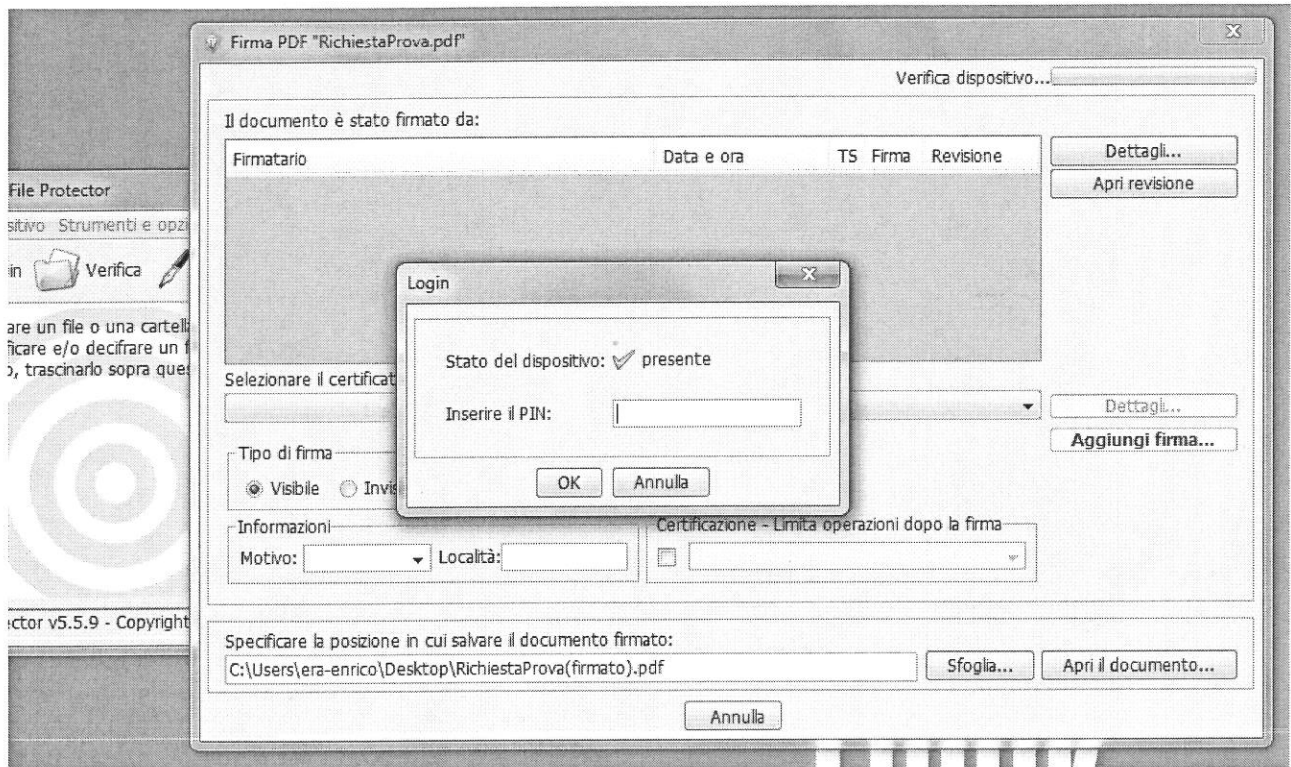
Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso nei confronti del seguente nominativo:

XXXXXX XXXXX	gg/mm/aaaa	XXXXXXX	XXXXXX
(cognome e nome)*	(data di nascita)*	(distretto, struttura e/o unità operativa)*	(qualifica)*

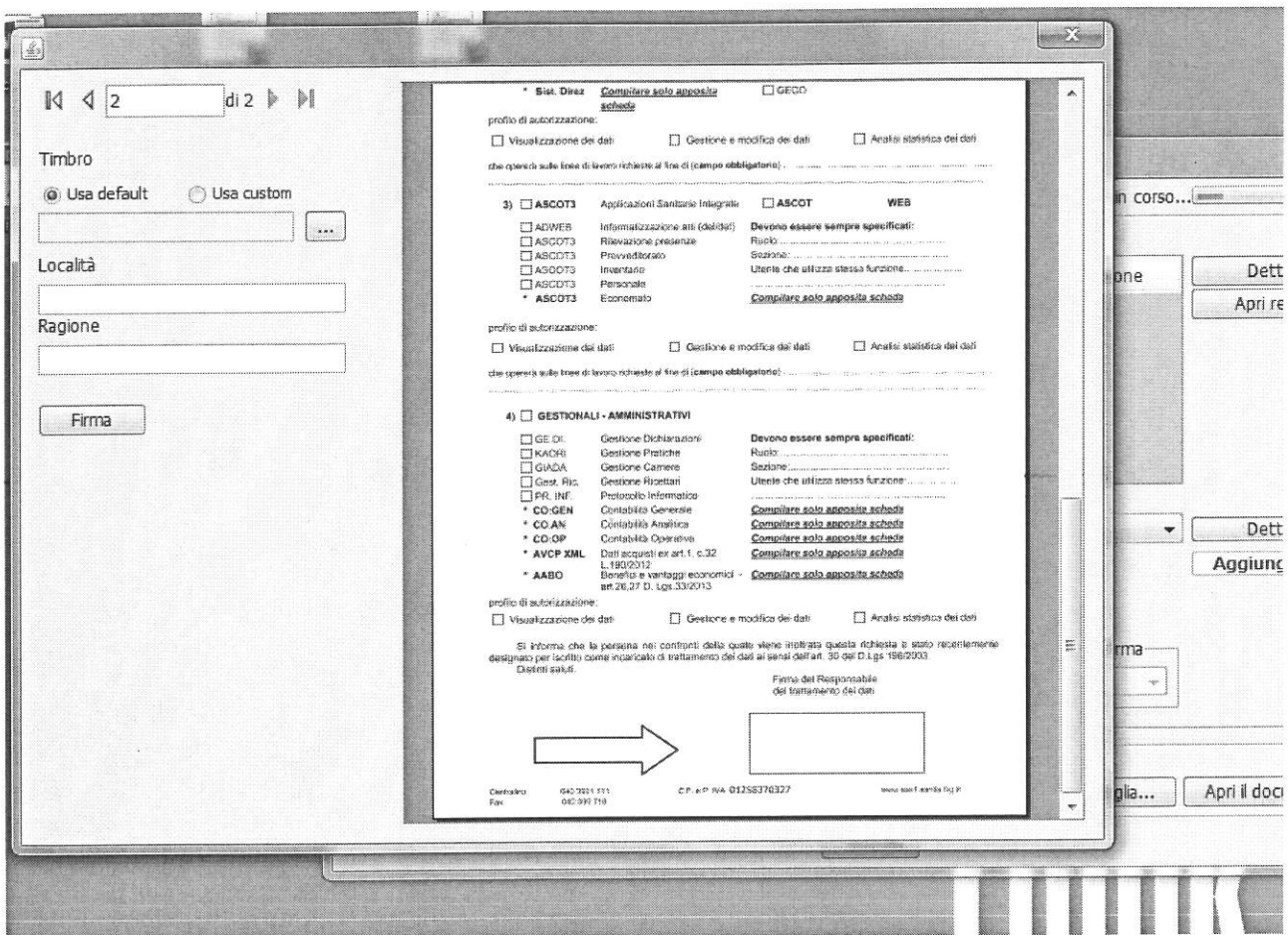
2) Aprire il programma per la firma elettronica "file protector" e verificare dal menu "strumenti e opzioni" / "preferenze" e selezionare, qualora già non risulti selezionata di default, la funzione "genera firma Adobe per documenti Pdf"

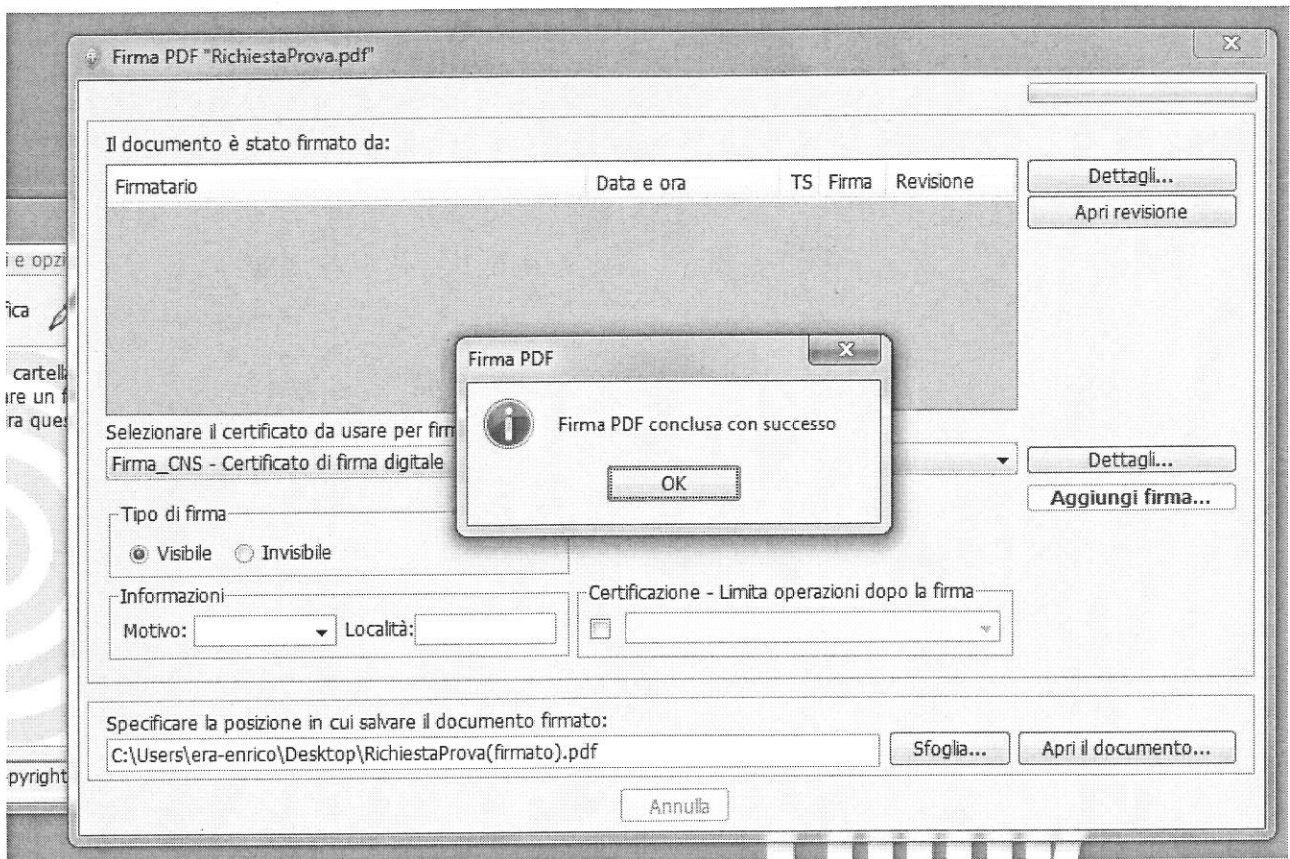


3) Firmare il file appena creato con la carta operatore e il programma per la firma "File protector"



4) Selezionare l'area di firma prima di procedere con il pulsante di firma





5) A corretta conclusione della procedura si genera automaticamente una copia del file, con lo stesso nome di quello creato ma con la specificazione (**firmato**). Questo è il file originale da inviare.

Se, per esempio, era stato creato il file Richiesta Rossi.pdf, al momento della firma elettronica viene generato automaticamente un file Richiesta Rossi (firmato).pdf. Quest'ultimo è il file certificato da inviare.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste,

PROT. N. _____
(da citare nella risposta)

Servizio _____

Funzionario responsabile o referente per quanto comunicato

Telefono _____

E mail _____

Al **Responsabile S.C.S.I.**
- dott. Giuliano Blasetti -
Via del Farneto, 3
34142 - TRIESTE

OGGETTO *Richiesta rilascio "password"*

E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda la "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltre, la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 così come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo: password@aas1.sanita.fvg.it

Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso nei confronti del seguente nominativo:

_____ (cognome e nome)* _____ (data di nascita)* _____ (distretto, struttura e/o unità operativa)* _____ (qualifica)*

Dipendente pubblico SI NO

Per i non dipendenti, ditta/cooperativa di riferimento _____

affinché possa accedere ai seguenti programmi (barrare la casella):

Linee di lavoro **SIASI – Applicazioni Sanitarie Integrate**

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LLAS | Anagrafe degli Assistiti | <input type="checkbox"/> LLIC | Gestione Invalidi Civili |
| <input type="checkbox"/> LLPR | Gestione Assistenza Protesica | <input type="checkbox"/> LLCR | Degenze nelle Case di Riposo |
| <input type="checkbox"/> ADI-MMG | ADI, ADP ed altre prestazioni | <input type="checkbox"/> CSCU | Coordinamento Screening C.U. |
| <input type="checkbox"/> DRO | Dati ricoveri in ospedale | <input type="checkbox"/> CUA | C.U. Ambulatori Primo livello |
| <input type="checkbox"/> SIP | Serv. Igiene e Profilassi (ex | <input type="checkbox"/> CU2 | C.U. Ambulatori Secondo livello |
| <input type="checkbox"/> LLMD | Med. Gen. e Pediatrica | <input type="checkbox"/> SRD | Serv. Riabilitativo Domiciliare |
| <input type="checkbox"/> RSA | Residenze Sanitarie | <input type="checkbox"/> SID | Serv. Infermieristico Domiciliare |
| <input type="checkbox"/> LLUV | Unità di valutazione | <input type="checkbox"/> DSM | Dipartimento di Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> CSMA | Coord. Screening | <input type="checkbox"/> MAA | Screen. Mamm.- Amb. Primo |
| <input type="checkbox"/> Altro | | <input type="checkbox"/> Altro | |

profilo di autorizzazione:

- Visualizzazione dei dati Gestione e modifica dei dati Analisi statistica dei dati

che opererà sulle linee di lavoro richieste al fine di (**campo obbligatorio**)

.....
.....
.....

2) **GESTIONALI - CLINICI**

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> G3 | Sportello | <input type="checkbox"/> H2000 | Handicap 2000 |
| <input type="checkbox"/> G2/Clinico | Visualizzazione Referti ecc. | <input type="checkbox"/> CARDIONET | C@rdionet |
| <input type="checkbox"/> G2/CUP | Strutture | <input type="checkbox"/> Gest. Cons. | Gestione Consulenti Familiari |
| <input type="checkbox"/> AQPF | Analisi Prescr. Farmaceutiche | <input type="checkbox"/> An. Can, | Anagrafe Canina |
| * Sist. Direz | <u>Compilare solo apposita scheda</u> | <input type="checkbox"/> GECO | |

profilo di autorizzazione:

- Visualizzazione dei dati Gestione e modifica dei dati Analisi statistica dei dati

che opererà sulle linee di lavoro richieste al fine di (**campo obbligatorio**)

3) **ASCOT3** Applicazioni Sanitarie Integrate **ASCOT** **WEB**

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ADWEB | Informatizzazione atti (del/det) | Devono essere sempre specificati:
Ruolo:.....
Sezione:.....
Utente che utilizza stessa funzione:.....
.....
<u>Compilare solo apposita scheda</u> |
| <input type="checkbox"/> ASCOT3 | Rilevazione presenze | |
| <input type="checkbox"/> ASCOT3 | Provveditorato | |
| <input type="checkbox"/> ASCOT3 | Inventario | |
| <input type="checkbox"/> ASCOT3 | Personale | |
| * ASCOT3 | Economato | |

profilo di autorizzazione:

- Visualizzazione dei dati Gestione e modifica dei dati Analisi statistica dei dati

che opererà sulle linee di lavoro richieste al fine di (**campo obbligatorio**)

4) **GESTIONALI - AMMINISTRATIVI**

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> GE.DI. | Gestione Dichiarazioni | Devono essere sempre specificati:
Ruolo:.....
Sezione:.....
Utente che utilizza stessa funzione:.....
.....
<u>Compilare solo apposita scheda</u>
<u>Compilare solo apposita scheda</u>
<u>Compilare solo apposita scheda</u>
<u>Compilare solo apposita scheda</u>
<u>Compilare solo apposita scheda</u> |
| <input type="checkbox"/> KAORI | Gestione Pratiche | |
| <input type="checkbox"/> GIADA | Gestione Carriere | |
| <input type="checkbox"/> Gest. Ric. | Gestione Ricettari | |
| <input type="checkbox"/> PR. INF. | Protocollo Informatico | |
| * CO:GEN | Contabilità Generale | |
| * CO:AN | Contabilità Analitica | |
| * CO:OP | Contabilità Operativa | |
| * AVCP XML | Dati acquisti ex art.1, c.32 L.190/2012 | |
| * AABO | Benefici e vantaggi economici - art.26,27 D. Lqs.33/2013 | |

profilo di autorizzazione:

- Visualizzazione dei dati Gestione e modifica dei dati Analisi statistica dei dati

Si informa che la persona nei confronti della quale viene inoltrata questa richiesta è stato recentemente designato per iscritto come incaricato di trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 196/2003.

Distinti saluti.

Firma del Responsabile
del trattamento dei dati

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste,

Prot. N° _____

(da citare nella risposta)

Servizio _____

Funzionario referente per quanto comunicato

(nome e cognome, numero di telefono)

e mail:

Fax:

Oggetto: Gestione credenziali Sistema
Contabilità - INSIEL

Al **Responsabile S.C.S.I.**

- dott. Giuliano Blasetti -

Via del Farneto, 3

34142 - TRIESTE

*E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda la "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltre, la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 così come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo:
password@aas1.sanita.fvg.it*

Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso al programma in oggetto nei confronti del seguente nominativo:

(cognome e nome)

(data di nascita)

(distretto, struttura e/o unità operativa)

Dipendente pubblico SI NO

(qualifica)*

Per i non dipendenti, ditta/cooperativa di riferimento _____

Recapito del destinatario Password (indirizzo postale/indirizzo -mail)

Password reset:

Applicazioni AscotWeb Contabilità Operativa Contabilità Analitica

Modifica/inserimento credenziali:

<input type="checkbox"/> Applicazioni AscotWeb	INS	CANC
<input type="checkbox"/> AscotWeb – Contabilità operativa		
Amministratore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 1° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 2° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centralino 040 3991 111
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 01258370327

www.aas1.sanita.fvg.it

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: aas1.protgen@certsanita.fvg.it

AscotWeb – Co.Ge./Co.An.

Amministratore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 1° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 2° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilancio consol. (per AOUD, DSC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AscotWeb – Area interscambio

Amministratore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 1° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestore 2° livello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Client/Server Contabilità Operativa

Ruolo Esecutivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruolo Cassiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruolo Ragioneria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruolo Gestore IVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruolo per Utente Economato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruolo protocollo fatture entrata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contabilità Analitica

Amministratore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Disabilitazione credenziale:

Applicazioni AscotWeb Contabilità Operativa Contabilità Analitica (Amministratore)

Note sui ruoli Ascotweb

- I ruoli di "Amministratore" sono abilitati a tutte le funzionalità utente
- I ruoli di "Gestore di I livello" sono abilitati a tutte le funzionalità meno quelle strutturali relative alla definizione dell'ente
- I ruoli di "Gestore di II livello" sono abilitati solo ad alcune funzionalità
- I ruoli di "Consultore" sono abilitati alle sole funzionalità di visualizzazione

Note sui ruoli Coop

- il ruolo Esecutivo è abilitato a tutte le funzionalità utente
- il ruolo Ragioneria è abilitato a tutte le funzionalità meno quelle relative alla gestione IVA
- il ruolo Cassiere è abilitato alle sole funzionalità della cassa economale
- il ruolo Gestore IVA è abilitato alle sole funzionalità della gestione IVA
- il ruolo per l'Utente Economato è abilitato alle funzionalità di interrogazioni delle anagrafiche e documenti
- il ruolo Protocollo fatture di entrata è abilitato alle sole funzionalità del protocollo delle fatture di entrata

Si informa che la persona nei confronti della quale viene inoltrata questa richiesta è stato recentemente designato per iscritto come incaricato di trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 196/2003 e s.m..

Con distinti saluti.

Firma del Responsabile
del Trattamento dei Dati

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

Trieste,

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Prot. N° _____

(da citare nella risposta)

Servizio _____

Funzionario referente per quanto comunicato

(nome e cognome, numero di telefono)

Al **Responsabile S.C.S.I.**

- dott. Giuliano Blasetti -

Via del Farneto, 3

34142 - TRIESTE

e mail:

Fax:

Oggetto: Richiesta password per accesso
AVCP XML / AABO

E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda la "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltre, la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 così come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo: password@aaS1.sanita.fvg.it

Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso nei confronti del seguente nominativo:

_____ (cognome e nome)

_____ (data di nascita)

_____ (distretto, struttura e/o unità operativa)

Matricola _____

Codice_Fiscale _____

Indirizzo Email _____

Ruolo (I/C) * (solo per Amministrazione Aperta – Back Office) _____

Per il seguente profilo di autorizzazione

- AVCP XML_Dati acquisti ex art. 1, c.32 L.190/2012
- AABO _ Benefici e vantaggi economici art.26.27 D. Las.33/2013.

*I valori possibili sono:

I: Inserimento, che consente di inserire i dati da pubblicare

C: Inserimento e Convalida, che oltre all'inserimento dei dati, consente di convalidarne la pubblicazione

Centralino 040 3991 111
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 01258370327

www.aas1.sanita.fvg.it

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: aas1.protgen@certsanita.fvg.it

Si informa che la persona nei confronti della quale viene inoltrata questa richiesta è stato recentemente designato per iscritto come incaricato di trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 196/2003 e s.m..

Con distinti saluti.

Firma del Responsabile
del Trattamento dei Dati

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste,

Prot. N° _____
(da citare nella risposta)

Servizio _____
Funzionario referente per quanto comunicato

(nome e cognome, numero di telefono)

Al **Responsabile S.C.S.I.**

- dott. Giuliano Blasetti -

Via del Farneto, 3

34142 - TRIESTE

e mail:

Fax:

Oggetto: Gestione credenziali Sistema
economato - INSIEL

E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda la "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltre, la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 così come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo: password@aas1.sanita.fvg.it

Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso al programma in oggetto nei confronti del seguente nominativo:

(cognome e nome) (data di nascita) (distretto, struttura e/o unità operativa)

Dipendente pubblico SI NO

(qualifica)*

Per i non dipendenti, ditta/cooperativa di riferimento _____

Recapito del destinatario Password (indirizzo postale/indirizzo -mail)

Password reset:

AscotWeb

Modifica/inserimento credenziali:

Applicazioni AscotWeb

AscotWeb – Economato

INS

CANC

AscotWeb – Area interscambio

Amministratore

Gestore 1° livello

Centralino
Fax

040 3991 111
040 399 7189

C.F. e P. IVA 01258370327

www.aas1.sanita.fvg.it

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: aas1.protgen@certsanita.fvg.it

Gestore 2° livello
Consultore

Disabilitazione credenziale:
 Applicazioni AscotWeb

Note: (Specificare la tipologia di abilitazione oppure in alternativa un nominativo utente con mansioni paritetiche)

.....

.....

.....

Si informa che la persona nei confronti della quale viene inoltrata questa richiesta è stato recentemente designato per iscritto come incaricato di trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 196/2003 e s.m..

Con distinti saluti.

Firma del Responsabile
del Trattamento dei Dati

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
N°1 – TRIESTINA

VIA GIOVANNI SAI, 1-3 – 34128 TRIESTE

Trieste,

Prot. N° _____
(da citare nella risposta)

Servizio _____

Funzionario referente per quanto comunicato

(nome e cognome, numero di telefono)

e mail:
Fax:

Al **Responsabile S.C.S.I.**
- dott. Giuliano Blasetti -
Via del Farneto, 3
34142 - TRIESTE

Oggetto: Richiesta password per accesso TS
– Progetto Tessera Sanitaria

*E' necessaria la compilazione di tutti i dati richiesti (compresa data e protocollo). Per quanto riguarda la "qualifica" indicare anche se l'operatore è un lavoratore dipendente, interinale, di cooperativa ecc. Inoltre, la richiesta deve essere firmata dal Dirigente Responsabile del Trattamento dei dati (delibera 204/2003 così come aggiornata dal DPS) oppure, in caso di urgenza o assenza dello stesso, dal suo Sostituto ed inviata con firma elettronica all'indirizzo:
password@aas1.sanita.fvg.it*

Con la presente, si chiede di rilasciare il codice di accesso al programma TS – Progetto Tessera Sanitaria nei confronti del seguente nominativo:

_____ (cognome e nome) _____ (data di nascita) _____ (distretto, struttura e/o unità operativa)

Dipendente pubblico SI NO _____ (qualifica)*

Per i non dipendenti, ditta/cooperativa di riferimento _____

Indirizzo IP _____

Per il seguente profilo di autorizzazione

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Card Management System | <input type="checkbox"/> | Gestione Assistenti |
| <input type="checkbox"/> | Censimento Punti distribuzio | <input type="checkbox"/> | Gestione Codici Esenzione |
| <input type="checkbox"/> | Certificati di malattia cartacei | <input type="checkbox"/> | Gestione Credenziali |
| <input type="checkbox"/> | Comunicazione Anagrafica | <input type="checkbox"/> | Gestione Dati ASL e Az.Osp. |
| <input type="checkbox"/> | Contributi a i Medici | <input type="checkbox"/> | Funzione Scambio file |
| <input type="checkbox"/> | Contributo alla SSA | <input type="checkbox"/> | Gestione Farmacie |
| <input type="checkbox"/> | Cruscotto Integrato | <input type="checkbox"/> | Gestione Medici |
| <input type="checkbox"/> | Esenzioni da reddito | <input type="checkbox"/> | Gestione Ricettari |
| <input type="checkbox"/> | Estrazione Dati Ricettari | <input type="checkbox"/> | Gestione STP |
| <input type="checkbox"/> | Gestione Strutture accreditat | <input type="checkbox"/> | Gestione TS |

Centralino 040 3991 111
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 01258370327

www.aas1.sanita.fvg.it

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: aas1.protgen@certsanita.fvg.it

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Interrogazione Nomenclatore | <input type="checkbox"/> | Interrogazione Prontuario |
| <input type="checkbox"/> | Interr. assistiti per mobilità | <input type="checkbox"/> | Prospetti Contabili |
| <input type="checkbox"/> | Prospetti Statistici | <input type="checkbox"/> | Ricezione Dati |
| <input type="checkbox"/> | Trasferimento Dati | <input type="checkbox"/> | Valorizzazione Ricette |

Ai fini di effettuare operazioni di:

- Rilascio Tessera Sanitaria
- Inserimento e aggiornamento dati
- Interrogazione dati ed estrazioni di dati

In caso di richieste di inserimento/aggiornamento e interrogazione ed estrazione di dati (scambio file) è necessario riportare la **motivazione obbligatoria** per abbinare i profili di abilitazione:

.....

.....

.....

.....

Si informa che la persona nei confronti della quale viene inoltrata questa richiesta è stato recentemente designato per iscritto come incaricato di trattamento dei dati ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs 196/2003 e s.m..

Si informa altresì di essere a conoscenza che, ai sensi di quanto disposto dalle linee di guida per l'accesso al Sistema TIESSE, il rilascio delle credenziali di accesso a utenti non autorizzati costituisce illecito che **potrà dare luogo a conseguenze civili e penali**. Analogo illecito è l'accesso ai dati per fini non istituzionali.

Con distinti saluti.

Firma del Responsabile
del Trattamento dei Dati