exprivia

SINFONIA

SISTEMA INFORMATIVO SINFONIA

MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI / ATTRIBUZIONE RUOLO

SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO LEGGIBILE

Io sottoscritto cognome_____ nome_____

Codice regionale_____ data di nascita_____ comune di nascita_____

e-mail _____

ASL di appartenenza: _____

Codice fiscale: _____

RICHIEDO

sotto la mia personale responsabilità il rilascio del ruolo Sinfonia per l'area riservata alla Medicina **Generale** e **Pediatrica.**

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 comunicate con questo modulo corrispondono al vero.

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 S.p.A. ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e dal Regolamento UE 679/2016 per le finalità di rilascio delle credenziali Sinfonia/attribuzione ruolo.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente _____

Timbro e firma del responsabile della struttura _____

Restituire via email all'indirizzo hd.sinfonia@soresa.it