



Struttura:  
Legale Rappr.  
Telefono:  
PEC:  
Data:

**Al Direttore**  
**Ing. Cinzia Spagno**  
**S.C. Informatica e Telecomunicazioni**  
**Via della Pietà 2/1**  
**34129 Trieste**

**Oggetto: Richiesta abilitazioni**

Con la presente si chiedono i permessi di accesso per i seguenti incaricati ai relativi applicativi con i ruoli indicati:

Cognome:  
Nome:  
Codice fiscale:  
Struttura:  
Qualifica professionale:

*Si prega di allegare alla presente fotocopia di un valido documento di identità e del codice fiscale del dipendente per il quale si chiede l'abilitazione nonché del Direttore Generale/legale rappresentante firmatario della presente.*

**TIPO DI ABILITAZIONE**

- Nuova abilitazione    Variazione abilitazioni esistenti    Reset password    Disattivazione accessi

**APPLICATIVI**

- ADT Centralizzato
- CUP Web - Accessi Ambulatoriali      *Ruolo:*  
*Ruolo aggiuntivo (opzionale):*
- e-GENeSys / Val.Graf.-FVG      *Ruolo:*
- Magazzino di Reparto      *Ruolo:*
- Stampa Massiva Referti
- SIASI    *Selezionare nei campi di seguito le linee lavoro alle quali abilitare l'operatore:*
- |   |   |
|---|---|
| 1 | 2 |
| 3 | 4 |

*Altre linee lavoro o nominativo di riferimento dal quale copiare le abilitazioni*

- Altro    *Indicare il nome dell'applicativo ed il profilo di abilitazione*

*Firma e Timbro del Legale Rappresentante*

Si allega:

- fotocopia di un valido documento di identità e del codice fiscale del dipendente per il quale si chiede l'abilitazione nonché del Direttore Generale/legale rappresentante firmatario della presente, necessario per tutti i livelli di abilitazione
- autocertificazione da parte della persona da abilitare della sussistenza dei requisiti necessari per l'ottenimento dell'abilitazione R2 e R5

### **Autocertificazione Abilitazione**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(Art. 46 DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

### **DICHIARA**

Di aver partecipato al corso di formazione in tema VMD Val.Graf.-FVG intitolato

**"Il sistema di Valutazione Multidimensionale Val.Graf.-FVG"**

nell'edizione numero \_\_\_\_\_

tenutasi nel periodo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Dichiara, inoltre, di aver superato con esito positivo le prove di verifica previste dal percorso formativo di cui sopra.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO/A, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ARTICOLO 13 DEL D. LGS. 196/2003, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_

*La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate a una pubblica amministrazione.*