

MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI SISTEMA INFORMATIVO SINFONIA

ANAGRAFE E FLUSSI INFORMATIVI SANITARI

**SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO LEGGIBILE**

Io sottoscritto cognome \_ \_ nome \_ \_

Telefono data di nascita comune di nascita \_ \_

e-mail (individuale istituzionale es: mario.rossi@aslnapoli2nord.it)

denominazione struttura aziendale di appartenenza:

 \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice NSIS:

codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* a seguito di autoformazione in affiancamento con utente esperto della specifica area a cui si richiede l’abilitazione (Gestione Flussi Informativi, Anagrafe Assistiti, Assistenza Hospice, Assistenza Territoriale e Medicina Generale e Pediatrica)
* a seguito della consultazione del manuale didattico relativo alla specifica area a cui si richiede l’abilitazione (Gestione Flussi Informativi, Anagrafe Assistiti, Assistenza Hospice, Assistenza Territoriale e Medicina Generale e Pediatrica)

**RICHIEDO** sotto la mia personale responsabilità il rilascio del ruolo Sinfonia riportato a seguire per la struttura indicata.

* **Ruolo Istituzionale - Anagrafe Assistiti**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Addetto Anagrafe Assistibili**
* **Addetto Aziendale Art. 50**
* **Addetto Distrettuale Soluzione Anomalie Art. 50**
* **Referente Art. 50 Anagrafe Assistiti**
 | * ASL:
 |
| * **Addetto Consultazione Anagrafe Assistibili**
 | * ASL: \_
* AO:
 |
| * **Addetto Trattamento Cittadino Straniero non in Regola**
 | * ASL: \_
* AO:
 |
| * **Responsabile Anagrafe Assistiti**
 | * ASL: \_
 |

* **Ruolo Istituzionale – Medicina di Base**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Addetto U.O.G.A.P.C. alla Medicina di Base**
 | * ASL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

* **Ruolo Istituzionale – Assistenza Hospice**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ **Addetto Struttura Hospice** | ☐ ASL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   |   |
| ☐ **Responsabile Aziendale Hospice** | **☐ Hospice** |
|   | ☐ A.O. SANTOBONO-PAUSILIPON |
|   | ☐ ALMA MATER S.P.A. VILLA CAMALDOLI |
|   | ☐ CLOTILDE HOSPICE |
|   | ☐ HOSPICE CASA DI CURA VILLA GIOVANNA |
|   | ☐ HOSPICE CASAVATORE |
|   | ☐ HOSPICE DI BISACCIA |
|   | ☐ HOSPICE DI SOLOFRA |
|   | ☐ HOSPICE IL GIARDINO DEI GIRASOLI EBOLI |
|   | ☐ HOSPICE LA CASA DI LARA C/O PO DA PROCIDA(SA) |
|   | ☐ HOSPICE NICOLA FALDE SPA |
|   | ☐ HOSPICE SANT'ARSENIO |
|   | ☐ HOSPICE VILLA FIORITA SPA |
|   | ☐ VILLA ARIANNA HOSPICE SRL |
|   | ☐ HOSPICE SAN FELICE AL CANCELLO |

* **Ruolo Istituzionale – Assistenza Territoriale**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ **Responsabile Aziendale Territoriale** | ☐ ASL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| ☐ **Responsabile Distrettuale Territoriale** | ☐ Distretto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  ☐ **Addetto Unità Valutativa Territoriale** | ☐ Unità Valutativa Territoriale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|   | 01 MATERNO INFANTILE |
|   | 02 SALUTE MENTALE |
|   | 03 ASSISTENZA RIABILITATIVA |
|   | 04 ASSISTENZA ANZIANI |
|   | 05 SERT |
|   | 06 CURE DOMICILIARI |
|   | 07 CURE PALLIATIVE |
|   | 08 FASCE DEBOLI |
|   | 09 ALTRO |
|   | 10 CENTRO GERIATRICO |
|   | 11 RELAZIONI CON IL PUBBLICO |
|   | 12 HOSPICE |
|   | 13 UFFICIO SOCIOSANITARIO |
|   | 14 ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE |

* **Ruolo Istituzionale – Gestione Accoglienza Flussi**

|  |
| --- |
| * **Referente Struttura Sanitaria Flussi Informativi**
* **Addetto Struttura Sanitaria Flussi Informativi (valido solo per il FLUSSO R – RIMBORSO EXTRA TARIFFE) – Operatore Istituto di ricovero**
 |

**RICHIEDO** sotto la mia personale responsabilità l’associazione ai flussi informativi sotto riportati per il ruolo selezionato:

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ **CONSUMI OSPEDALIERI**  | ☐ **FLUSSO E - FARMACI EMATOLOGICI** |
| ☐ **CURE TERMALI** | ☐ **FLUSSO M - FARMACI ONCOLOGICI AD ALTO COSTO** |
| ☐ **DM\_CONSUMI** | ☐ **FLUSSO P - DISTRIBUZIONE PER CONTO** |
| ☐ **DM\_CONTRATTI** | ☐ **FLUSSO R - RIMBORSO EXTRA TARIFFE** |
| ☐ **EMUR 118** | ☐ **FLUSSO X - ONCOLOGICI FUORI REGIONE** |
| ☐ **EMUR PRONTO SOCCORSO** | ☐ **HOSPICE** |
| ☐ **EMUR PS SETTIMANALE** | ☐ **MEDICINA GENERALE** |
| ☐ **FAR** | ☐ **PACC - STRUTTURE PRIVATE** |
| ☐ **FILE C COMMA 10** | ☐ **PACC - STRUTTURE PUBBLICHE** |
| ☐ **FILE C COMMA\_5** | ☐ **PERSONALE DIPENDENTE** |
| ☐ **FILE C GIORNALIERO** | ☐ **PERSONALE DIPENDENTE – CONSUNTIVO** |
| ☐ **FILE C INTERMEDIO** | ☐ **PERSONALE MMG/PLS** |
| ☐ **FILE C PRIVATO** | ☐ **PERSONALE MMG/PLS – CONSUNTIVO** |
| ☐ **FILE C PUBBLICO** | ☐ **PERSONALE SPECIALISTI** |
| ☐ **FILE D COMMA 10** | ☐ **PERSONALE SPECIALISTI – CONSUNTIVO** |
| ☐ **FILE D COMMA\_5** | ☐ **SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA** |
| ☐ **FILE D RICETTARIO** | ☐ **SDO - CONTROLLO AUTOCONTROLLO** |
| ☐ **FILE H** | ☐ **SDO - PRIMA ASSISTENZA** |
| ☐ **FLUSSO D - DISTRIBUZIONE DIRETTA D40** | ☐ **SIAD** |
| ☐ **FLUSSO D - FARMACI DISTRIBUZIONE DIRETTA** | ☐ **SISM** |

**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* |
|  |  |

***N.B. La richiesta deve essere inviata dall'indirizzo e-mail istituzionale del responsabile della struttura.***

***Restituire via e-mail all’ indirizzo*** ***anagraferegionale@soresa.it***

***Per la creazione dell’utenza relativa al FILE C GIORNALIERO, è necessario inviare la richiesta mediante PEC della struttura accreditata alla PEC*** ***direzione.innovazione@soresa.pec.it******.***



MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI MMG\_PLS

SISTEMA INFORMATIVO SINFONIA

**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* |

***N.B. La richiesta deve essere inviata dall'indirizzo e-mail istituzionale del responsabile della struttura. Restituire via e-mail all’ indirizzo anagraferegionale@soresa.it***