



---

## MODULO DI RICHIESTA CREDENZIALI SISTEMA INFORMATIVO SINFONIA MALATTIE RARE

---

SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO LEGGIBILE

Io sottoscritto Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Data di nascita\* \_\_\_\_\_ comune di nascita\* \_\_\_\_\_

Telefono\*\* \_\_\_\_\_ Cellulare\*\* \_\_\_\_\_

E-mail\* (individuale istituzionale es: [mario.rossi@aslnapoli2nord.it](mailto:mario.rossi@aslnapoli2nord.it)) \_\_\_\_\_

Codice di Iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\* La compilazione di questo campo è obbligatoria.

\*\* La compilazione di almeno uno dei due campi è obbligatoria. I recapiti forniti saranno resi pubblici per consentire all'assistito di mettersi in contatto con il Medico.

- RICHIEDO L'ABILITAZIONE**, assumendo la mia personale responsabilità, **per il ruolo Sinfonia** indicato di seguito e per la struttura specificata, dopo aver consultato il manuale didattico (manuale utente e/o video tutorial) relativo all'area Malattie Rare – Sinfonia.
- RICHIEDO LA DISABILITAZIONE**, assumendo la mia personale responsabilità, **del ruolo Sinfonia** indicato di seguito per la struttura specificata, con data di chiusura \_\_\_\_\_.



## Ruolo Applicativo – Malattie Rare

Se in possesso, si prega di inserire il proprio numero di **Matricola aziendale** nello spazio predisposto: \_\_\_\_\_

### ❖ Profili clinici

<input type="checkbox"/> <b>Medico Certificatore Unità Operativa HUB</b> <input type="checkbox"/> <b>Responsabile Unità Operativa HUB</b>  <input type="checkbox"/> <b>Medico Certificatore Unità Operativa SPOKE **</b> <input type="checkbox"/> <b>Responsabile Unità Operativa SPOKE **</b>	Azienda Ospedaliera *: _____  Stabilimento Ospedaliero *: _____  Disciplina Ospedaliera ***: _____
<input type="checkbox"/> <b>Direttore Sanitario Ospedaliero</b> <input type="checkbox"/> <b>Referente Aziendale Ospedaliero</b>	Azienda Ospedaliera *: _____  Stabilimento Ospedaliero *: _____

**\*\* Si precisa che la selezione dei profili applicativi, come Medico Certificatore Unità Operativa SPOKE e Responsabile Unità Operativa SPOKE, è consentita esclusivamente per i presidi della rete indicati nella Delibera n. 240/2023.**

**\*\*\* Disciplina Ospedaliera: inserire la disciplina o il servizio mediante le anagrafiche di riferimento** (rif.Sinfonia\_MalattieRare\_Anagrafichediriferimento\_AO) disponibili al link: <https://e-learning.cdp-sanita.soresa.it/>

### ❖ Profili ASL

<input type="checkbox"/> <b>Referente Aziendale Distretto ASL</b> <input type="checkbox"/> <b>Amministrativo Distretto ASL</b>	ASL *: _____  DISTRETTO***: _____
<input type="checkbox"/> <b>Direttore Sanitario ASL</b> <input type="checkbox"/> <b>Referente Aziendale ASL</b>	ASL *: _____

**\*\*\* Distretto: inserire il distretto utilizzando le anagrafiche di riferimento** (rif.Sinfonia\_MalattieRare\_Anagrafichediriferimento\_AS) disponibili al link: <https://e-learning.cdp-sanita.soresa.it/>



---

**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, 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 Direttore Generale*

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma del Referente Aziendale*

**N.B. La richiesta deve essere inviata dall'indirizzo e-mail istituzionale del Direttore Generale della struttura agli indirizzi:**

**- [dg04.staff01@pec.regione.campania.it](mailto:dg04.staff01@pec.regione.campania.it);**

**- [barbara.morgillo@regione.campania.it](mailto:barbara.morgillo@regione.campania.it);**

**- [dg500400@pec.regione.campania.it](mailto:dg500400@pec.regione.campania.it).**