

Allegato 1

## Modulo per la richiesta delle credenziali di accesso al SIRD

da restituire per mail all'indirizzo [assistenza.sird@deplazio.it](mailto:assistenza.sird@deplazio.it)

Compilazione a cura del Responsabile del Servizio

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
Responsabile in servizio presso la sede di \_\_\_\_\_

in qualità di INCARICATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI DEL SUDETTO SERVIZIO  
richiedo che vengano assegnate le credenziali di accesso all'area riservata del SIRD, per l'inserimento, la  
modifica e la consultazione dei dati relativi dei pazienti, all'operatore:

cognome e nome \_\_\_\_\_  
data di nascita \_\_\_\_\_  
figura professionale \_\_\_\_\_  
e-mail personale aziendale \_\_\_\_\_  
numero di telefono a cui inviare la password \_\_\_\_\_

Per l'archivio SIRD relativo alle sedi operative di: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

L'incaricato del trattamento  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_