

SCANSIONARE E INVIARE VIA EMAIL A [abilitazioni.ict@ior.it](mailto:abilitazioni.ict@ior.it)

Dati del Richiedente (con \* i campi obbligatori)

Cognome e Nome *			
Codice Fiscale *			
E-mail aziendale			
Struttura di appartenenza *		SCATIPD	
Codice Centro di Costo		261/N	
Durata rapporto di lavoro o collaborazione			
Matricola		Telefono	Cellulare *
Profilo (medico, infermiere, amministrativo, ecc.) *		SPECIALIZZANDO IN ANESTESIA	
Data di decorrenza *	___/___/___	Data fine	___/___/___

Servizi o Sistemi Informatici di cui si richiede: ☒ attivazione ☐ disattivazione ☐ riattivazione

Motivazione della richiesta: \_\_\_\_\_

AREA GENERALE	AREA SANITARIA		AREA RICERCA
<input type="checkbox"/> Posta elettronica	<input checked="" type="checkbox"/> SIR2020	<input type="checkbox"/> LOG80	<input type="checkbox"/> CARDINIS
<input type="checkbox"/> Accesso Internet	<input type="checkbox"/> DIGISTAT	<input type="checkbox"/> GARSIA	<input type="checkbox"/> MARFED
<input type="checkbox"/> SPID	<input type="checkbox"/> DNWEB/LUM	<input type="checkbox"/> MYSANITA	AREA AMMINISTRATIVA
<input type="checkbox"/> Firma Digitale	<input type="checkbox"/> DNWEB/Micro IOR	<input type="checkbox"/> ELIOT	
<input type="checkbox"/> Microsoft Office 365	<input type="checkbox"/> DNTER	<input type="checkbox"/> ELIOTWEB	<input type="checkbox"/> GAAC
<input type="checkbox"/> Altro Applicativo	<input type="checkbox"/> GERICOS	<input type="checkbox"/> EASYCUP	<input type="checkbox"/> ALP2000
	<input type="checkbox"/> POLARIS	<input type="checkbox"/> HEALTHMEETING	<input type="checkbox"/> BABEL
	<input type="checkbox"/> ATHENA	<input type="checkbox"/> INPS	

Descrizione del profilo richiesto per gli applicativi selezionati o in alternativa collega dal quale copiare le abilitazioni

Applicativo	Profilo

L'utente richiedente dichiara di aver preso attenta visione del "Regolamento per l'utilizzo dei servizi informatici" e di accettare sotto la propria responsabilità tutte le condizioni ivi contenute.

Nel caso in cui dimentichi la password, per riottenere l'accesso ai servizi l'utente dovrà contattare il servizio di assistenza informatica per richiederne una nuova, che dovrà essere obbligatoriamente modificata al primo accesso.

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

In fede \_\_\_\_\_

Istituto Ortopedico Rizzoli  
Bologna

Il Responsabile della struttura dell'utente richiedente

Cognome e Nome	Timbro e Firma
RICCI ALESSANDRO	<p>Dr. Alessandro Ricci Il Direttore Sostituto SC Anestesia e Terapia Intensiva Post Operatoria e del Dolore</p>

Da compilare solo in caso che il Responsabile della struttura dell'utente richiedente non sia responsabile dei servizi di cui si chiede l'abilitazione.

Responsabile organizzativo dei servizi di cui si richiede l'abilitazione

Cognome e Nome	Timbro e Firma