

Richiesta di inserimento nell'elenco dei Careproviders del Fascicolo Sanitario Elettronico Multimediale

All'Amministratore FSEM

Il sottoscritto	
Nome	Cognome
	nitario Elettronico Multimediale (FSEM) come ne del proprio account, e di essere inserito . FSEM in qualità di
(indicare la propria qualifica:	medico , farmacista, infermiere,)
Codice Fiscale	
Iscritto nell'Albo dei	
Data iscrizione albo	N° iscrizione
Recapito telefonico	
sanitari di ciascun paziente veng esclusivamente ai fascicoli dei p diffondendo per nessun motivo e n appreso. Nel caso vorrà avvalersi della co nell'elenco dei careprovider per allo stesso di iscriversi ed al p fascicolo al consulente. Si impegna a non comunicare ad al password e a dare immediata comun	re consapevole che gli accessi ai fascicoli gono monitorati, si impegna ad accedere pazienti che lo avranno autorizzato, non pressuno scopo le informazioni che avrà possulenza di un professionista non iscritto il fascicolo sanitario elettronico, chiederà paziente di autorizzare la visualizzazione del accuno la propria username e la propria pricazione nel caso ritenga gli siano state renuto a conoscenza, scrivendo tramite pec a:
Accetta sin d'ora che l'accesso a momento in caso di sospetto uso n	al FSEM può essere sospeso in qualsiasi non corretto delle credenziali.
_	o le modalità di trattamento dei dati eu/informative/careproviderdati.txt e di
Allega copia del tesserino di isc	crizione al proprio Ordine di appartenenza.
Lì,	Firma del richiedente

Da inviare tramite la propria pec a girardi.francesco@pec.omceo.bari.it