**All’Amministratore FSEM**

**Viale Unità d'Italia 20 - Roma**

**Cap 00118**

**Richiesta di iscrizione**

Nome **Elliot Reid**

Ruolo **Medico Specialista Ambulatoriale**

Codice Fiscale **ELRE RA75 S02A 883F**

Operante presso **Policlinico Umberto I – Roma**

**Iscritto all’Albo dell’Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri di …..**

Data iscrizione albo **25-05-2005**

**N° iscrizione ………**

Indirizzo Email [**EllioReid@hotmail.it**](mailto:EllioReid@hotmail.it)

**Indirizzo posta elettronica certificata**

Recapito telefonico **0804552763**

Data di invio **24-05-2015**

Scadenza richiesta **08-06-2015**

**Il sottoscritto richiedendo di essere iscritto in qualità di……..**

**chiede di comparire nell’elenco dei careprovider pubblicato sul sito del fascicolo sanitario elettronico multimediale.**

**E’ consapevole che gli accessi ai fascicoli sanitari di ciascun paziente vengono monitorati, si impegna ad accedere esclusivamente ai fascicoli dei pazienti che lo avranno autorizzato, non diffondendo per nessun motivo e nessuno scopo le informazioni che avrà appreso.**

**Nel caso vorrà avvalersi della consulenza di un professionista non iscritto nell’elenco dei careprovider per il fascicolo sanitario elettronico, chiederà al professionista di iscriversi ed al paziente di autorizzare la visualizzazione del fascicolo al consulente.**

**Si impegna a non comunicare ad alcuno la propria username e la propria password e a dare immediata comunicazione nel caso ritenga gli siano state sottratte o che qualcuno ne sia venuto a conoscenza, scrivendo tramite pec a:**

[**privacy@fsem.eu**](mailto:privacy@fsem.eu)

**Accetta sin d’ora che l’accesso al FSEM può essere sospeso in qualsiasi momento in caso di sospetto di uso non corretto delle credenziali.**

**Dichiara di aver letto e compreso le modalità di trattamento dei dati pubblicate alla pagina www.fsem.eu/informative/careproviderdati.txt e di averle accettate.**

**Allega copia del tesserino di iscrizione al proprio Ordine di appartenenza.**

**Lì,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Copyright © FSEM 2015*