

Numero e Data Protocollo: _____				COORDINAMENTO CUP													
Modulo di richiesta credenziali per l'accesso al sistema HEROCUP				Protocollo elettronico:													
				coordinamentocup.pec@asppa.it													
Il modello deve essere debitamente compilato in tutte le sua parti e inviato via E-MAIL				Mail aruba:													
				coordinamentocup@asppalermo.org													
Dati identificativi del Responsabile della STRUTTURA RICHIEDENTE:																	
Nome e Cognome:		E-MAIL:		Tel./Cell.													
		Dipartimento		Area / Servizio													
TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA (Barrare una scelta)			MODALITA' DI ACCESSO														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 75%;">Creazione Nuovo Account/Utenza</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Modifica Sede/Ruolo Account</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Sblocco/Reset Password Account</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Disattivazione Account</td> <td></td> </tr> </table>			1	Creazione Nuovo Account/Utenza		2	Modifica Sede/Ruolo Account		3	Sblocco/Reset Password Account		4	Disattivazione Account		Attenzione seguire le istruzioni presenti nel manuale di primo accesso. La password potrà essere cambiata al primo accesso dall'utente.		
			1	Creazione Nuovo Account/Utenza													
			2	Modifica Sede/Ruolo Account													
			3	Sblocco/Reset Password Account													
4	Disattivazione Account																
<u><i>N.B. I Moduli incompleti nella tipologia della richiesta o nei dati verranno scartati.</i></u>																	
DATI OPERATORE																	
Cognome		Nome		Codice Fiscale													
STRUTTURA DI APPARTENENZA		CATEGORIA / QUALIFICA DI APPARTENENZA		IN SERVIZIO PRESSO													
Azienda Sanitaria		Sede Operativa		RUOLO (per quale uso si richiedono le credenziali) Esempio: prenotazione cup - cassa - spunta erogato(flussiC) - gestione report													

Timbro e firma del responsabile della struttura richiedente

SI AUTORIZZA

Timbro e firma del responsabile del coordinamento CUP

_____ D.ssa Amalia Colajanni _____