**MODULO DI RILEVAZIONE DATI PER FARMACIE**

**(FARM-MOD A)**

|  |
| --- |
| ***Dati Azienda:*** |
| ASL di Appartenenza | Provincia | Distretto |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Causale: (\*) Barrare una delle seguenti caselle*** |
|  **ADESIONE**  |  **MODIFICA: *(specificare motivo)*****……………………………….……………** |  **CESSAZIONE** |  **CAMBIO TITOLARITA’** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ragione Sociale** | **Codice Regionale**  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indirizzo Farmacia** | **Città**  | **Num Civico** | **Provincia** | **CAP** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Telefono Farmacia** | **Giorno di chiusura della Farmacia** | **Reperibilità contatti telefonici** |
| TEL |  |  |
| TEL |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Provider** |  |
| Ragione Sociale: | N° Contratto: |

|  |
| --- |
| ***Informazioni tecniche:*** |
| **Caratteristiche delle postazioni di lavoro in uso** |
| **Hardware**: | **Software:** |
| Processore | Sistema Operativo  |
| RAM |  |
| N° Porte USB | Software applicativo usato |
| Scheda Ethernet SI NO |  |
| Lettore di CD SI NO |

|  |
| --- |
|  |
| **Dati tecnologici**  |
| Presenza di una linea dati adsl associata alla linea telefonica  | □ si □ no |
| Numero telefono fisso nello stabile |  |
| Presenza di centralino | □ si □ no |
| Presenza di una rete IP interna  | □ si □ no |
| IP LAN da assegnare al router SISS |  \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_ . \_ \_ \_  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |
|  |  |

**MODULO DI RILEVAZIONE DATI UTENTI PER FARMACIE**

**(FARM-MOD B)**

|  |
| --- |
| *Dati Farmacia* *in cui l’operatore presta servizio:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ragione Sociale** | **Codice Regionale**  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Dati Anagrafici Utente:*** |
| **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DATI DI NASCITA** |
|  **Comune** | **Provincia** | **Nazione** | **Data** | **Sesso** |
|  |  |  |  | M |  | F |  |
| **Qualifica Operatore** |
| TITOLARE  | DIRETTORE  | COLLABORATORE  |

|  |
| --- |
| ***Bisogni formativi:*** |
| **Livello conoscenza informatica** | **Utilizzo di posta elettronica e livello di conoscenza** | **Utilizzo di Internet e livello di conoscenza** |
|  Scarso Medio Buono |  ScarsoNOSI Medio Buono |  ScarsoNOSI Medio Buono |

|  |
| --- |
| **NOTE: Spazio per eventuali segnalazioni utilizzabile dell’utente** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Firma** |
|  |  |

*Nota: Il presente modulo( FARM - MOD B) può essere usato anche singolarmente per la richiesta di carte per operatori farmacisti. La richiesta di carta per il referente deve essere contestuale all’adesione della farmacia.*