Realizzazione sistema unico regionale per la raccolta dei dati dell’emergenza Covid-19 e dei dati presenti nelle schede di notifica.

Le informazioni saranno rese disponibili ai soggetti autorizzati per gli adempimenti della circolare 0001997-22/01/2020-DGPRE-DGPRE-P del Ministero della Salute e s.m.i.

**Il/La Sottoscritto/a** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In qualità di** (Direttore Sanitario, Dirigente, Medico – SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dell' Azienda Sanitaria/AreaVasta/Ospedaliera (Specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**R I C H I E D E P E R**

I nominativi riportati in elenco l’autorizzazione al sistema **CohesionWork PA – Gestione Covid19**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azienda Ospedaliera**  **/Area Vasta /Presidio Ospedaliero** | **COGNOME** | **NOME** | **CODICE FISCALE** | **Descrizione Modulo**  **(A - Gestione COVID19**  **B - Report statistiche)** | **QUALIFICA**  Indicare se (Operatore Sanitario-Medico o Altro (specificare) | **\***Possiede uno strumento di autenticazione tra  **Pin Cohesion** / **CNS** / **TS-CNS** / **SPID** |
|  |  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |
|  |  |  |  |  |  | **Si 🞎 No 🞎** |

**\*** Nel caso gli utenti NON fossero in possesso di uno degli strumenti di autenticazione elencati è possibile ottenere il rilascio del **PIN COHESION** inviando una mail di richiesta all’indirizzo **helpdesk.covid19@regione.marche.it** con allegati i seguenti documenti e dati:

1. **Documento di identità**

2. **Tessera sanitaria**

3. indicazione di un **numero di telefono** e di un **indirizzo email (non certificato)**

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**