|  |
| --- |
| **ABILITAZIONE ALL’ACCESSO ALL’APPLICATIVO PER LA GESTIONE DELL’EMERGENZA COVID-19 SUS - MODULO COVID-19**  Domanda di autorizzazione ex DM 117 del 14.03.2020 con autocertificazione ex art. 1, lett. A) del DPCM 8 marzo 2020 come aggiornato dal DPCM del 22 marzo 2020 |

Il/la sottoscritto/a Nome ……………………………..……. Cognome …………………………..…………………,

Residente in Via: ……………………………. Comune …………………….. Cellulare[[1]](#footnote-1): ………….……………

**CHIEDE**

l’abilitazione all’accesso al SUS - Sportello Unico dei Servizi della Regione Autonoma della Sardegna - **Modulo COVID-19** e, a tal fine, trasmette i seguenti dati:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Fiscale:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Indirizzo e-mail[[2]](#footnote-2):** | ...................................................................................... |
| **Ente di appartenenza e Ruolo[[3]](#footnote-3):** | ......................................................................................  ...................................................................................... |

**DICHIARA**

di utilizzare le informazioni visualizzate attraverso l’applicativo predisposto dalla Regione Sardegna, secondo l’Ordinanza del Presidente della Regione n. 9 del 14/03/2020, **ai soli fini dello svolgimento delle attività autorizzate dalla legge e connesse alla gestione dell'emergenza in atto e secondo i propri compiti istituzionali connessi al proprio ruolo**.

🞏 SONO già in possesso di credenziali di credenziali SPID e/o di lettore e tessera TC-CNS attivata

🞏 SONO già in possesso di sole credenziali IDM-RAS, ma richiedo il reset della password dimenticata

🞏 NON SONO in possesso di alcuna credenziale utente SPID, TS-CNS o IDM-RAS e RICHIEDO l’attivazione di utenza IDM-RAS personale nominativa su mio Codice Fiscale e al fine DICHIARO di

essere nato a (luogo nascita) …………………..………………. in data (data nascita) ……………………..

e allego copia di un mio documento di identità in corso di validità

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data  ………………………………………………………….. | Firma[[4]](#footnote-4)  ……………………………………………………….. |

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

La presente informativa è fornita in forma semplificata.

Il titolare del trattamento è la Regione Autonoma della Sardegna che tratta i dati personali, conferiti con la compilazione del presente modulo, per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica e, in particolare, per garantire la gestione dell'emergenza sanitaria COVID 1, in base ai poteri conferiti dalla legge in materia di sanità e protezione civile, nel rispetto dei principi previsti dall'articolo 5 del regolamento UE n. 2016/679 adottando misure appropriate per la tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

Il titolare informa che i dati personali conferiti sono conservati presso il data center regionale.

**Dati di contatto del titolare:**

Regione Autonoma della Sardegna:

Viale Trento 69 – 09123 Cagliari

Telefono +39 070 6067000

e-mail [presidente@regione.sardegna.it](mailto:presidente@regione.sardegna.it)

PEC [presidenza@pec.sardegna.it](mailto:presidenza@pec.sardegna.it)

**Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati della Regione Autonoma della Sardegna:**

Viale Trieste 186 – 09123 Cagliari

Telefono +39 070 6065735

e-mail [rpd@regione.sardegna.it](mailto:rpd@regione.sardegna.it)

PEC [rpd@pec.sardegna.it](mailto:rpd@pec.sardegna.it)

1. Necessario per l’attivazione delle credenziali [↑](#footnote-ref-1)
2. Casella di posta a cui ricevere le comunicazioni di sistema [↑](#footnote-ref-2)
3. Specificare il ruolo del soggetto nell’ente (es. Sindaco, Prefetto, Presidente, ecc.) [↑](#footnote-ref-3)
4. Allegare copia del documento di identità [↑](#footnote-ref-4)