**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 | Scarso  NO  SI  Medio  Buono | Scarso  NO  SI  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.*