

Modulo di richiesta



**Oggetto: RETE NAZIONALE DI FARMACOVIGILANZA - NOMINA APPROVATORE REGIONALE
– REGIONE O PROVINCIA AUTONOMA _____**

Il sottoscritto _____,
nato a _____, il _____, in qualità di Direttore
del Servizio Farmaceutico della Regione o Provincia Autonoma
_____, con sede legale in Via
_____, CAP _____ - Città
_____, Provincia (_____) Telefono

E-mail aziendale

PEC aziendale

RICHIEDE L'ABILITAZIONE DI APPROVATORE REGIONALE PER:

Cognome:	
Nome:	
Regione di appartenenza:	
Data di nascita:	
Comune di nascita:	
Provincia di nascita:	
Stato di nascita:	
Recapito telefonico:	
Utenza di accesso al Portale dei servizi AIFA	

(assegnata in fase di registrazione ad es. nome.cognome): <i>[questa sezione è da compilare solo qualora l'incaricato sia già registrato al portale dei servizi AIFA]</i>	
E-mail inserita (per utenti già censiti) o che sarà usata per la registrazione al portale dei servizi AIFA	

Il sottoscritto è consapevole:

1. di essere penalmente sanzionabile in caso di false dichiarazioni (art.76 del DPR n. 445 del 28/12/2000);
2. di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base di false dichiarazioni (art.75 del D.P.R. n. 445/2000);
3. che i dati personali conferiti in tale ambito formano oggetto di trattamento nel rispetto della normativa e degli obblighi di riservatezza, anche mediante modalità informatiche e telematiche, al fine di consentire il compimento delle operazioni per le quali la presente dichiarazione viene resa (art.13 del decreto legislativo 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679).
4. che l'Approvatore Regionale designato dovrà abilitare/disabilitare gli utenti all'accesso all'applicazione in totale autonomia, senza che AIFA possa esserne ritenuta responsabile;
5. che un eventuale ritardo o disfunzione nel processo di abilitazione e disabilitazione dell'utenza all'accesso dell'applicazione potrà compromettere l'operatività ed il rispetto degli obblighi di farmacovigilanza della struttura sanitaria o del CRFV
6. che il rilascio dell'abilitazione avverrà secondo le modalità e la procedura fornite da AIFA
7. che le credenziali di accesso dell'Approvatore Regionale come sopra individuato sono personali e non possono quindi essere cedute in uso ad altri soggetti; AIFA non può essere ritenuta responsabile di un uso improprio delle stesse.
8. che in caso di rinuncia o dismissione del ruolo di approvatore regionale sarà necessario fornire tempestiva comunicazione alla Regione ed all'AIFA per una rapida sostituzione

Avvertenze importanti: l'AIFA si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 del D.P.R. n.445/2000)

Data

Firma