

3 ALLEGATO 1 – MODULO DI ATTIVAZIONE

**MODULO DI RILEVAZIONE DATI PER FARMACIE
(FARM-MOD A)**

Dati Azienda:	
ASL di Appartenenza	Provincia

Causale: (*)Barra una delle seguenti caselle
Elenco Causali
<input checked="" type="checkbox"/> ATTIVAZIONE
<input type="checkbox"/> MODIFICA : (specificare motivo).....

Ragione Sociale	Codice Regionale

Indirizzo Farmacia	Città	Num Civico	Provincia	CAP

Telefono Farmacia	Giorno di chiusura della Farmacia	Reperibilità contatti telefonici
TEL		
FAX		

Provider	N° Contratto:
FARMASI SRL - VIA LUNGA 51/B , 25126 BRESCIA	

Informazioni tecniche:	
Caratteristiche delle stazioni di lavoro di lavoro in uso	
Hardware:	Software:
Processore	Sistema Operativo
RAM	
N° Porte USB	Software applicativo usato
Scheda Ethernet SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Letto di CD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

NOTE: Spazio per eventuali segnalazioni da parte dell'Utente

Data	Firma

Nota: Il presente modulo (FARM MOD A) deve essere accompagnato dal modulo (FARM MOD B)

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	
Luogo di nascita	Nazione di nascita	Data di nascita	Sesso

Qualifica Operatore

<input type="checkbox"/> REFERENTE	<input checked="" type="checkbox"/> OPERATORE FARMACISTA
------------------------------------	--

Bisogni formativi:

Livello conoscenza informatica	Utilizzo di posta elettronica e livello di conoscenza	Utilizzo di Internet e livello di conoscenza
Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> Scarso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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'attivazione della farmacia.