



DIREZIONE Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Area Risorse Farmaceutiche

Pr. n. GR \_\_\_\_\_ 39/21

Roma \_\_\_\_\_

Direzioni Generali

- Aziende USL
- Federfarma
- Assofarm
- Farmacap
- Ordini professionali dei Medici e Farmacisti del Lazio

E pc

Direzione Regionale Salute e  
Integrazione sociosanitaria  
Area Promozione della Salute e  
Prevenzione

Oggetto: Nota 517946 del 25.05.2022- Trasmissione Modulo Abilitazione Utenza Farmacia\_SIPSO

A parziale modifica e integrazione del modulo trasmesso con la nota di cui in oggetto, si fa presente che il modulo allegato alla presente nota, denominato “**Modulo di adesione - Partecipazione al percorso di prevenzione offerto dal programma regionale di screening del colon retto**” sostituisce integralmente il modulo precedentemente inviato.

Anche il presente modulo dovrà essere spedito al seguente indirizzo:

[utenze-screening@regione.lazio.it](mailto:utenze-screening@regione.lazio.it)

Il Responsabile dell'Area  
Promozione della Salute e prevenzione

Alessandra Barca

Il Responsabile dell'  
Area Farmacie e dispositivi  
Lorella Lombardozi

Lorella Lombardozi

Il responsabile del procedimento

Dr. Marcello Giuliani

Tel 06.5168.5738 e-mail [mgiuliani@regione.lazio.it](mailto:mgiuliani@regione.lazio.it)

25 maggio 2022

Il Direttore  
Massimo Annicchiarico

## Modulo di adesione

### Partecipazione al percorso di prevenzione offerto dal programma regionale di screening del colon retto

Da inviare a: [utenze-screening@regione.lazio.it](mailto:utenze-screening@regione.lazio.it)  
[segreteria@federfarmalazio.com](mailto:segreteria@federfarmalazio.com)

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa \_\_\_\_\_, titolare o direttore tecnico o legale rappresentate della Farmacia \_\_\_\_\_ Indirizzo della Farmacia \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Azienda Sanitaria di riferimento \_\_\_\_\_ Codice SSN I \_ I \_ I / I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I (sigla prov.+cod num)

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di prevenzione del colon retto in Farmacia e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

#### A tal fine dichiaro:

- di essere in possesso dell'identità digitale regionale IAM, di **non** essere in possesso dell'utenza per accedere al gestionale regionale SipsoWeb, per il quale chiedo l'abilitazione compilando il box sottostante

#### **Dati dell'utente da abilitare**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

- di **non** essere in possesso dell'identità digitale regionale IAM, per la quale compilerò l'apposito modulo di "RICHIESTA CREDENZIALI PER OPERATORE PROFESSIONALE" da inviare all'indirizzo mail: [sistemi-informativi.laziocrea@legalmail.it](mailto:sistemi-informativi.laziocrea@legalmail.it) oppure in alternativa all'indirizzo mail: [direzionesistemiinformativi@laziocrea.it](mailto:direzionesistemiinformativi@laziocrea.it)
- di essere in possesso dell'identità digitale regionale IAM e di essere in possesso dell'utenza per accedere al gestionale regionale SipsoWeb

Il Titolare/Direttore della Farmacia si impegna a verificare periodicamente - e comunque almeno annualmente - la sussistenza delle condizioni per la conservazione e/o variazione del profilo di accesso approvato, e richiedere tempestivamente la cessazione dell'utenza o la variazione dell'autorizzazione di accesso al sistema, qualora le condizioni per la conservazione della stessa variassero nel tempo.

Timbro Farmacia

Firma Titolare/Direttore della Farmacia

\_\_\_\_\_