



**MODULO RICHIESTA DI  
ATTIVAZIONE / REVOCA / MODIFICA ACCOUNT PERSONALE**

*Per la gestione del software OrmaWEB  
Lista di Attesa e Registro Operatorio Informatizzato*

**Compilare un modulo per ogni utente e inviare per posta interna o per fax:**

All'amministratore di sistema ORMA (Operating Room Management) - **FAX: 3801.**

**Per la persona più avanti indicata SI RICHIEDE:**

1.  **attivazione di un Account** personale (barrare anche 1 delle opzioni relative all'assegnazione del Livello al punto 3.)
2.  **modifica del Livello di accesso al software** (barrare anche 1 delle opzioni relative all'assegnazione del Livello al punto 3.)
3.  **assegnazione del Livello di:**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Chirurgo (<input type="checkbox"/> strutturato/contratto <input type="checkbox"/> consulente <input type="checkbox"/> esterno)</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Anestesista</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Caposala</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Infermiere/Strumentista (sala op./Sala Parto)</li> <li>7. <input type="checkbox"/> Tecnico Radiologo (T.S.R.M.)</li> <li>191. <input type="checkbox"/> Preospedalizzazione</li> <li>15. <input type="checkbox"/> Gestione Lista ATTESA - SUPERVISORE</li> <li>101. <input type="checkbox"/> Liste Operatorie di Blocco (solo visione)</li> <li>102. <input type="checkbox"/> R.A.D.</li> <li>189. <input type="checkbox"/> ISAP (Personale AMM.VO UO ISAP)</li> <li>13. <input type="checkbox"/> DMPO (personale Direzione Medica)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. <input type="checkbox"/> Medico Chirurgo <u>Specializzando</u></li> <li>20. <input type="checkbox"/> Medico Anestes. <u>Specializzando</u></li> <li>30. <input type="checkbox"/> Inferm. addetto all'Anestesia</li> <li>12. <input type="checkbox"/> Ostetrica</li> <li>31. <input type="checkbox"/> Perfusionista</li> <li>9. <input type="checkbox"/> Personale OSS</li> <li>19. <input type="checkbox"/> Gestione Lista ATTESA</li> <li>180. <input type="checkbox"/> Medico di Guardia Interdivisionale</li> <li>301. <input type="checkbox"/> Programm. Chirurgica (Reparto)</li> <li>130. <input type="checkbox"/> CDG (pers. AMMIN. Controllo di Gestione)</li> <li>18. <input type="checkbox"/> DIREZIONE (Direzione AOUP)</li> </ol>
---	---
4.  **spostamento Reparto/Blocco Operatorio**
5.  **revoca dell'Account** ( termine attività lavorativa  trasferimento fuori AOUP  fine specializzazione  altro)

**SCRIVERE IN MODO LEGGIBILE, IN STAMPATELLO.**

Cognome: ..... Nome .....

**Codice Fiscale** ..... **Matricola:** .....

e-mail: ..... tel. Rif.....

Qualifica utente:.....

Reparto per cui si chiede l'abilitazione: .....

Blocco Operatorio di riferimento .....

(p.e. Dip. Cardio-Toracico, oppure B.O. Edificio 30 p.1°, etc. - si possono indicare anche più blocchi di intervento)

Data .....

Timbro e Firma **Direttore di Unità Operativa** (per il personale **Medico**)  
**COORDINATORE** Blocco Op. (per il solo personale **Infermieristico**)

**N.B.: Non verranno accettate le richieste prive dell'esatta indicazione del nominativo, SENZA CODICE FISCALE  
oppure **senza timbro e firma del Direttore****