



Richiesta Rilascio Credenziali per il  
Collegamento alla Piattaforma Informatica  
SANI.A.R.P.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(titolo,cognome,nome)

\* Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio delle credenziali per IL COLLEGAMENTO alla piattaforma informatica **SANI.A.R.P.**

con il **RUOLO** di **CENTRO SPECIALISTICO**

per la **PROCEDURA** di **INVIO FILE SPECIALISTICA AMBULATORIALE C1 E C2**

Specificare Branche Abilitate:

BAV Cardiologia Diabete Dialisi FKT Medicina Nucleare RX  
Patologia Clinica Radioterapia

Pertanto rilascia le seguenti informazioni:

\* Codice Regionale Centro Prescrittore: \_\_\_\_\_

\* Centro Prescrittore : \_\_\_\_\_

\* E-mail : \_\_\_\_\_

Telefono : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(Si prega scrivere in stampatello)

E' obbligatorio allegare un documento di riconoscimento in corso di validità.

\* Campi Obbligatori

**Numero Verde 800984043**  
**Fax 0823/1764475 – 78 – 79**