



Sistema Informativo Aziendale

Data ____/____/____

Al Responsabile
Sistema Informativo Aziendale
Da inviare a: sia@policlinico.pa.it

- Richiesta parametri accreditamento INTRANET
- Richiesta parametri accreditamento EUSIS
- Richiesta indirizzo posta elettronica Aziendale
- Richiesta gestione magazzino
- Richiesta servizio ambulanza

Dati Anagrafici

Cognome

Nome

Matricola Codice Enpam

Qualifica

Unità Organizzativa

Recapiti telefonici:

interno

Cell.

E-mail personale:

Contratto a tempo indeterminato data inizio ____/____/____

Contratto a tempo determinato data inizio ____/____/____ data fine ____/____/____

Dichiarazione

____/____/____ sottoscritt _____

C.F.

dichiara di aver preso visione delle norme generali che regolano l'accesso alle risorse della rete GARR (<http://www.garr.it/utenti/regole-di-accesso/acceptable-use-policy-aup>) e di accettare le condizioni in esse contenute.

Il Richiedente

Il Responsabile della U.O.

I campi codice fiscale, cellulare, e-mail personale sono obbligatori per la prima comunicazione e per il recupero password.