

## **REGISTRO NAZIONALE PANCREATITI**

### **Richiesta Credenziali Utente per Accesso al Sistema**

Il sottoscritto Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_

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

Aderente per il Centro \_\_\_\_\_

**Richiede:**

alla struttura Tecnica le **personali credenziali** di accesso alla piattaforma Registro

**[http://www.sigenp.org/~valutaz\\_epidem/](http://www.sigenp.org/~valutaz_epidem/)**

Dichiaro inoltre sotto la mia responsabilità di accettare quanto segue:

- ❖ le credenziali di accesso sono strettamente personali e da custodire con perizia
- ❖ l'utente assume esclusiva responsabilità per ogni sua attività nell'ambito del Registro e si impegna a notificare immediatamente alla struttura Tecnica qualsiasi uso non autorizzato del proprio identificativo utente e della password od ogni altra violazione della sicurezza di cui venisse a conoscenza
- ❖ ogni attività svolta nel sistema sarà tracciata e riconducibile all'utente tramite la registrazione di suddette credenziali all'accesso nel sistema
- ❖ la titolarità dei dati presenti nel Registro è della Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e l'utente si impegna a non divulgare e distribuire in alcun modo nessuno dei dati in suo possesso a terzi
- ❖ ogni uso del Registro e dei dati ivi contenuti diverso da quanto previsto dal Titolare è assolutamente vietato

Per accettazione:

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del clinico referente

**Si prega di inviare copia firmata e datata via fax a SIGENP 02/5512322**