

Accesso alle risorse online della BMV**Richiesta di Autorizzazione per**

Nome _____ Cognome _____

Alla Biblioteca Medica Virtuale

La/il sottoscritta/o _____

in qualità di responsabile del servizio _____

della struttura _____

Tel. _____ E-mail _____

convenzionato con il Comprensorio di _____

dal _____ al _____ conferma che il richiedente lavora presso

la struttura _____

Via/P.zza _____ Nr. _____ CAP _____ Città _____

in qualità di _____

con contratto _____

Tel. _____ E-mail _____

Data _____ Firma _____

TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI!

- La BMV informa che il trattamento dei dati personali avviene in osservanza di quanto disciplinato dalla normativa sulla Privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003 n° 196 del nuovo codice).
- Il firmatario del presente modulo si impegna ad avvisare tempestivamente la BMV nel caso venga a cessare il rapporto di lavoro tra l'assegnatario della userid/password e la struttura convenzionata.
- Il firmatario è consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'articolo 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445 ed importano l'applicazione della sanzione penale.

**Compilare il modulo in stampatello in modo chiaro ed inviare via fax al numero:
06.86282.250**