

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 _____

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) e del Regolamento generale sulla protezione dei dati personali 2016/679 (RGPD).
- 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 oppure via Email a **redazione@bmv.bz.it** riempiendo i campi sensibili (è richiesto Adobe Acrobat reader DC, scaricabile gratuitamente).**