

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA SISTEMA SIGHO/DH

FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

Sr. DIRECTOR DE INFORMÁTICA Y COMUNICACIONES

SISTEMA: MOTIVO: USUARIO:

Por la presente solicito habilitar Usuario y clave, en compatibilidad con la función que desempeña, al agente de referencia a los efectos de tener acceso al sistema.

DATOS GENERALES

APELLIDO Y NOMBRE/S:

ESTADO CIVIL: SEXO: FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

TIPO/N° DOCUMENTO: C.U.I.L N°:

DOMICILIO PARTICULAR: N°/MZ:

DEPARTAMENTO: LOCALIDAD:

TELEFONO PARTICULAR:

*CORREO ELECTRONICO:

*EL USUARIO Y CONTRASEÑA SERAN ENVIADOS A ESTE CORREO ELECTRONICO

DEPENDENCIA DONDE PRESTA SERVICIOS

EFECTOR:

AREA/ SERVICIO: CARGO:

PERFILES (MODULOS) QUE SOLICITA:

Declaración jurada:

En pleno goce de derechos y bajo declaración jurada de ley manifiesto entender y comprender el deber de estricto cumplimiento a la protección de la información sanitaria de Pacientes – *titular*-, como así, al tratamiento y confidencialidad de los datos sensibles entendidos como los datos personales que revelan información referentes a la salud, con los alcances previsto por la ley nro. 25326 de Protección de Datos Personales y por la Ley nro. 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Firma y aclaración del
usuario solicitante.

Firma y sello de la autoridad competente.
Certifico que la firma que antecede ha sido puesta
en mi presencia y corresponde a quien realiza esta
solicitud.

LA SOLICITUD DEBE SER ESCANEADA Y ENVIADA AL CORREO: mdh.dirinformatica@formosa.gob.ar