

**AL RESPONSABILE GESTIONE DEL PERSONALE
DOTT. VERO MINICHELLI
ALLA RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO
DOTT.ssa RANCITELLI
AL RESPONSABILE DEL CED
DOTT. _____**

**OGGETTO : RICHIESTA ABILITAZIONE E AUTORIZZAZIONE PER
COLLEGAMENTO INTERNET**

l sottoscritt_ _____

nat_ a _____ il _____ ,

e residente a _____ in via _____ n. _____ ,

CAP _____ , tel. _____ .Dipendente di codesta ASL in

qualità di _____ in servizio presso il DSB / P.O di

_____ nel Reparto / servizio di _____

tel. lavoro _____ .

CHIEDE

L'abilitazione e autorizzazione al Collegamento ad Internet / Intranet tramite Computer nel proprio luogo di lavoro per poter :

scaricare la propria **Busta paga** e il proprio **CUD** ;

USERNAME	PASSWORD
cognome.nome	8 caratteri

Ai sensi della legge 241 del 1990

Data _____

Il Richiedente _____