

MODULO DI RILEVAZIONE DATI UTENTI PER FARMACIE
(FARM-MOD B)

Dati Farmacia in cui l'operatore presta servizio:

Ragione Sociale	Codice Regionale

Dati Anagrafici Utente:

Cognome	Nome	Codice Fiscale		
DATI DI NASCITA				
Comune	Provincia	Nazione	Data	Sesso
				M F
Qualifica Operatore				
<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> DIRETTORE	<input type="checkbox"/> COLLABORATORE		

Bisogni formativi:

Livello conoscenza informatica	Utilizzo di posta elettronica e livello di conoscenza			Utilizzo di Internet e livello di conoscenza		
Scarso <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Scarso <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Medio <input type="checkbox"/>		Medio <input type="checkbox"/>			Medio <input type="checkbox"/>	
Buono <input type="checkbox"/>		Buono <input type="checkbox"/>			Buono <input type="checkbox"/>	

NOTE: Spazio per eventuali segnalazioni utilizzabile dell'utente

email personale:
cell. personale:
email farmacia:

Data	Firma Titolare/Direttore Responsabile

Nota: Il presente modulo (FARM - MOD B) può essere usato anche singolarmente per la richiesta di carte per operatori farmacisti. La richiesta di carta per il referente deve essere contestuale all'adesione della farmacia.