



IMI REPORT

Numero: 26830.1

Richiesta di informazioni per i diritti dei pazienti

Sintesi della richiesta

Date

Numero di giorni entro cui è richiesta una risposta	7
Numero di giorni entro cui sarà inviata la risposta	7
Data dell'invio	31/05/2021
Data di accettazione	31/05/2021
Data di scadenza	07/06/2021

Finalità e motivo della richiesta

Motivo della richiesta	(en) sample text
Numero di riferimento locale / nazionale del mittente della richiesta (se del caso)	sample text
Informazioni generali (se pertinenti)	(en) sample text

Dettagli della richiesta

Informazioni fornite dal mittente

Stato membro di cura	Austria
Nome dell'operatore sanitario	sample text
Cognome dell'operatore sanitario	sample text
Nazionalità del professionista (se nota)	austriaca
Data di nascita (se nota)	02/05/2021
Paese di nascita (se noto)	Austria
Luogo di nascita	sample text
	Luogo di lavoro / Indirizzo del professionista
Paese	Austria
Stato federale / Regione	
Regione / Zona	sample text
Località / Città	sample text
Codice postale	sample text

Via e numero	sample text
Informazioni aggiuntive sul luogo di lavoro	(en) sample text
Contatti del professionista	Disponibile
Numero di telefono	+12345678
Indirizzo e-mail	sample@text.imi
Sito web	https://www.sample.com
Informazioni aggiuntive sul professionista (altri recapiti)	(en) sample text
Professione esercitata dall'operatore sanitario	Noto
Professione	Tecnico anatomopatologo e citologo
Informazioni aggiuntive sulle qualifiche dell'operatore (ad es. paese o istituto in cui sono state conseguite)	(en) sample text

[PR01] L'operatore è attualmente abilitato ad esercitare la suddetta professione nel vostro paese?

	[PR01] L'operatore è attualmente abilitato ad esercitare la suddetta professione nel vostro paese?
Risposta	No
È abilitato a esercitare un'altra professione?	Sì
Quale professione è abilitato ad esercitare?	Podologo

[PR02] L'operatore era abilitato ad esercitare la suddetta professione nel vostro paese?

[PR02] L'operatore era abilitato ad esercitare la suddetta professione nel vostro paese nel seguente periodo?	(en) sample text
Risposta	No
Era abilitato a esercitare un'altra professione sanitaria?	Sì
Quale professione era autorizzato ad esercitare?	Chiropratico

[PR03] Il professionista è registrato nel vostro paese?

	[PR03] Il professionista è registrato nel vostro paese?
Risposta	Sì
Nome del registro	(en) sample text
Numero di registrazione	sample text

[PR04] Il professionista era autorizzato a prestare il servizio sanitario descritto di seguito?

[PR04] Il professionista era autorizzato a prestare il servizio sanitario descritto di seguito?	(en) sample text
Risposta	No
Ulteriori informazioni	(en) sample text

[PR05] Il professionista ha rilasciato il documento allegato?

Allegato	Nome del file: Test attachment.pdf Aggiunto da: EU - IMI System Aggiunto in data: 31/05/2021 09:49 CEST
Risposta	No, vedere ulteriori dettagli sotto
Informazioni aggiuntive	(en) sample text

[X091] Documento 1 - Si prega di confermare l'autenticità del documento allegato

Allegato	Nome dell'allegato: sample text Nome del file: Test attachment.pdf Aggiunto da: EU - IMI System Aggiunto in data: 31/05/2021 09:49 CEST Osservazione: (en) sample text
Risposta	Non è stato possibile effettuare verifiche.
Motivi per cui non è stato possibile effettuare la verifica	(en) sample text

[X092] Documento 2 - Si prega di confermare l'autenticità del documento allegato

Allegato	Nome dell'allegato: sample text Nome del file: Test attachment.pdf Aggiunto da: EU - IMI System Aggiunto in data: 31/05/2021 09:49 CEST Osservazione: (en) sample text
Risposta	La verifica non è stata effettuata per le seguenti ragioni:
Motivi per cui non è stata effettuata la verifica	(en) sample text

Dettagli della richiesta

Dettagli della richiesta	(en) sample text
Allegato	Nome del file: Test attachment.pdf Aggiunto da: EU - IMI System Aggiunto in data: 31/05/2021 09:49 CEST
Persona da contattare per la richiesta	sample text

Informazioni sulla risposta

Risposta dettagliata	(en) sample text
Allegato	Nome del file: Test attachment.pdf Aggiunto da: EU Aggiunto in data: 31/05/2021 09:53 CEST
Persona da contattare per la risposta	sample text
Numero di riferimento nazionale / locale del destinatario	sample text
	I documenti aggiunti dopo l'invio della richiesta sono disponibili nella sezione "Messaggi e allegati".

Messaggi e allegati

Informazioni sulla gestione

Modulo	Richiesta di informazioni per i diritti dei pazienti
Tipo di gestione	Request
Numero	26830

Status	Accettata
Versione	1
Ultimo aggiornamento	31/05/2021 09:53 CEST

History

History Item	Version: 1 Action: Richiesta modificata Old status: Accettata New status: Accettata Modified by: USER training Date: 31/05/2021 09:53 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta accettata Old status: In attesa di accettazione New status: Accettata Modified by: USER training Date: 31/05/2021 09:51 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta inviata Old status: Bozza New status: In attesa di accettazione Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 31/05/2021 09:50 CEST
History Item	Version: 1 Action: Richiesta salvata Old status: Stato iniziale New status: Bozza Modified by: HELPDESK EC IMI Date: 31/05/2021 09:49 CEST

Requesting Authority

Nome dell'autorità	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Nome ufficio dell'autorità	IMI System
Paese	EU
Indirizzo	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Telefono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Indirizzo e-mail	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

Requesting Coordinator

Nome dell'autorità	European Commission Commission européenne Europäische Kommission
Nome ufficio dell'autorità	IMI System
Paese	EU
Indirizzo	Rue de Spa, 2 1000 Bruxelles
Telefono	+ +32 229 55470
Fax	+ +32 229 68867
Indirizzo e-mail	IMI-Helpdesk@ec.europa.eu

Responding Authority

Nome dell'autorità	Training authority Training authority Training authority
Nome ufficioso dell'autorità	
Paese	EU
Indirizzo	street and number 1234 town
Telefono	+3212345678
Fax	
Indirizzo e-mail	training@ec.imi