

**SOLICITUD DE ALTA DE USUARIO/O EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LOS
CENTROS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE EXTREMADURA.
-SICADEX-**

PROFESIONAL SOLICITANTE DEL ALTA

FECHA DE SOLICITUD	
NOMBRE Y APELLIDOS	
N.I.F.	
CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO	
TELÉFONO/S	
PUESTO DE TRABAJO	
CENTRO DE TRABAJO	
ORGANISMO / ENTIDAD DE LA ADMÓN. PÚBLICA	
FINALIDAD DEL ACCESO	
INFORMACIÓN A LA QUE SE PRECISA ACCEDER	

RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE AUTORIZA LA PETICIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		
PUESTO DE TRABAJO		
CENTRO DE TRABAJO		
FIRMA/S MANUSCRITA/S Y SELLO CORPORATIVO <small>SÓLO ANTE INCIDENCIA QUE IMPIDA SU FIRMA ELECTRÓNICA</small>	<i>Solicitante</i>	<i>Responsable que autoriza</i>

En _____, a fecha de firma electrónica.

**REMITIR EL FORMULARIO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE A:
usuarios.sicadex@salud-juntaex.es**