**Краткая инструкция по порядку отключения доступа к подсистемам ФРМО/ФРМР**

**ЕДИНая ГОСУДАРСТВЕННая ИНФОРМАЦИОННая**

**СИСТЕМа В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНого регистра медицинских организаций и федерального РЕГИСТРА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

# Порядок отключения (прекращение предоставление доступа к системе)

В случае необходимости отключения доступа сотрудника к подсистемам (например, в случае его увольнения или других причин прекращения выполнения обязанностей по вводу сведений в регистры), то доступ сотрудника к подсистемам необходимо отозвать посредством отправки заявки в СТП.

Порядок подачи заявки на отзыв доступа к системе аналогичен порядку подачи заявки на инициализацию доступа, см. разделы «Порядок инициации подключения МО к ФРМО и ФРМР» и «Порядок инициации подключения ОУ к ФРМР» текущего документа.

Если пользователь имеет доступ к данным нескольких организаций, то доступ отзывается только к той, которая указана в заявке. Если пользователь имеет доступ к обоим регистрам, то доступ отзывается только к тому, который указан в заявке (ФРМО или ФРМР).

Форма заявки приведена ниже (см. Приложение 3)

# Приложение 3

**ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОСТУПА В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ (ФРМО) И ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (ФРМР)**

Прошу отозвать доступ у пользователя в *{промышленной/ тестовой}* версии ФРМО и ФРМРна платформе Специализированных информационных систем учета и мониторинга по отдельным нозологиям и категориям граждан ЕГИСЗ. Сведения о пользователе приведены в Таблице 3. 3.

**Таблица 3.** 3 **– Сведения о пользователе ФРМО/ФРМР, которому необходимо закрыть доступ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **СНИЛС** | **ФИО (полностью)** | **Адрес электронной почты** | **Субъект РФ** | **Полное наименование организации** | **Краткое наименование организации** | **Наименование регистра, в который необходимо закрыть доступ: - ФРМР; - ФРМО; - Оба регистра** | **Наименование роли, которую необходимо отозвать:**  **- Работник МО;**  **-Работник ОУ;**  **- Работник ОУЗ;**  **-Работник МЗ;**  **-Все.** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

*{Наименование должности ответственного лица}*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Фамилия И.О./

М.П.

# Направить в СТП ЕГИСЗ на адрес электронной почты [egisz@stp-egisz.ru](mailto:egisz@stp-egisz.ru) или через Центр СТП ЕГИСЗ <https://support.egisz.rosminzdrav.ru/>.



