



**COMUNICAZIONE DI INIZIO E FINE RAPPORTO PROFESSIONALE
 ATTIVITA' FARMACISTI IN FARMACIE APERTE AL PUBBLICO
 (art.12 D.P.R. 1275/71 – art. 6 L. 892/84 e ss.mm.ii.)**

Il/La sottoscritto dott.. della Farmacia: sita in località: Via/Piazza:	☐ Titolare ☐ Direttore Responsabile ☐ Gestore provvisorio Codice:
---	---

comunica

che dal.....il/la dott.....

☐ PRESTA ☐ NON PRESTA PIU' la propria attività presso questa farmacia

- * ☐ per il periodo di pratica professionale biennale
- * ☐ per assunzione a tempo indeterminato come collaboratore
- * ☐ libero professionista: comunicazione inizio e fine servizio mentre la rendicontazione delle ore di attività svolte dal farmacista libero professionista sarà effettuata il mese successivo a quello di svolgimento

☐ per collaborazione a tempo determinato da: _____ a: _____

Con il seguente impegno temporale:

☐ tempo pieno ☐ tempo parziale per un totale di _____ ore settimanali

Il/la dott..... sarà presente in farmacia nei seguenti giorni settimanali:

.....

con i seguenti orari :

.....

Lo scrivente si riserva di segnalare tempestivamente ogni futura variazione.

Chiede, altresì, per il/la farmacista suindicato/a

- ☐ l'attivazione della Firma remota (previo appuntamento per il rilascio 0341-482233 o 039-2384346)
- ☐ la revoca della carta Siss e/o della Firma Remota a nome della farmacia sopraindicata

Data:.....

Il titolare/direttore/gest.prov.

* Allegare i seguenti documenti :

- autocertificazione di laurea ed iscrizione all'ordine e copia di un documento d'identità in corso di validità datato e firmato


**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE
 (D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)**

Il/la

sottoscritto/a

_____ (cognome) (nome)
 nato a _____ (luogo) _____ (prov.) il _____
 residente a _____ (luogo) _____ (prov.) in Via _____ n. _____ (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.

D I C H I A R A

- di essere iscritto all'ordine professionale dei farmacisti di _____ al n. _____ a far data dal _____
- indirizzo PEC _____
- di essere in possesso del seguente codice fiscale / Partita IVA _____
- di essere a conoscenza della Circ. R.L. n. 9 del 6.4.87 che i periodi di servizio inferiori alle 15 ore settimanali non potranno venir presi in considerazione ai fini del rilascio di un certificato.

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE - Si informa che:

- tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell'Unione Europea;
- il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
- il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
- l'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it;
- l'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l'ATS e/o consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo: <https://www.ats-brianza.it> - Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;
- il Data Protection Officer (Art. 37 Reg. 679/2016) nominato dall'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Avv. Fabio Balducci Romano**, con studio legale in via Savorgnana n.20- Udine (UD)- Cap 33100.

Si allega alla presente copia di un documento di identità _____ n° _____ rilasciato il _____ da _____, datato e firmato.

Data

Firma