

Al Direttore  
della S.C. Assistenza Farmaceutica  
ATS MONTAGNA  
[protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)

**OGGETTO: SEGNALAZIONE PERSONALE FARMACISTA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore/Legale rappresentante della  
farmacia \_\_\_\_\_

codice farmacia \_\_\_\_\_

indirizzo farmacia \_\_\_\_\_

segnala di aver ammesso a prestare servizio presso la propria farmacia

**a far data dal** \_\_\_\_\_

il Dott. / la Dott.ssa \_\_\_\_\_ farmacista

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo professionale dell'Ordine Provinciale dei Farmacisti di \_\_\_\_\_

al n° \_\_\_\_\_ del ruolo di anzianità, in qualità di:

- praticante professionale (art. 6 Legge 892/84)
- libero professionista con impegno orario programmabile
- associato in partecipazione
- collaboratore:  a tempo pieno (40 ore/settimanali).  
 a tempo parziale per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali

nei seguenti giorni settimanali e con i seguenti orari:

lunedì	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
martedì	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
mercoledì	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
giovedì	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
venerdì	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
sabato	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____
domenica	dalle ore	_____	alle ore	_____	dalle ore	_____	alle ore	_____

- collaboratore occasionale (libero professionista con impegno orario non programmabile anticipatamente; il riepilogo mensile delle ore svolte verrà eventualmente inviato a consuntivo)

**Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d'orario, il cambiamento della natura del rapporto e la cessazione del servizio.**

In fede.

**Si allega la seguente documentazione:**

**Autocertificazione del collaboratore attestante la data di laurea, la sede universitaria, la data di abilitazione, il numero e la data di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti (Allegato 1).**

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Titolare/Direttore/Legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del collaboratore per accettazione \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.

(da compilarsi a cura del farmacista ammesso a prestare servizio in farmacia)

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai  
benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)  
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di possedere la Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di aver sostenuto l'esame di stato nell'anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_.

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali, rese ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016 e contenute nel relativo documento, allegato al presente modulo.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia documento d'identità**

Firma del Farmacista Collaboratore \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Art. 13 del Regolamento (UE) 679 del 27 aprile 2016*

*Decreto Legislativo n. 196, 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ss.mm.ii.*

L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna illustra, nel seguito, le modalità di trattamento dei dati personali degli utenti (interessati), cui si riferiscono i procedimenti in materia di assistenza farmaceutica, ivi compresi quelli di vigilanza e controllo attivati ai sensi della L. n. 689/1981 e delle ulteriori disposizioni di settore.

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'**ATS della Montagna**, nella persona del rappresentante legale *pro-tempore*, con sede legale via N. Sauro n. 30 – 23100 – Sondrio (Tel: 0342.555111 – Fax 0342.555812– PEC: protocollo@pec.ats-montagna.it).

### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il Responsabile della Protezione dei Dati è raggiungibile al seguente indirizzo: ATS della Montagna Via N. Sauro n. 38 – 23100 Sondrio ed ai seguenti dati di contatto: PEC: [protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it) / E-mail: [privacy.rpd@ats-montagna.it](mailto:privacy.rpd@ats-montagna.it)

### **FINALITA' DEL TRATTAMENTO E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

I dati personali, ivi compresi i dati particolari di cui all'art. 9 del Reg. UE 679/2016 (dati relativi alla salute, alla vita sessuale...), comunque conferiti dagli interessati (mediante la compilazione di specifici moduli, mediante la presentazione di documentazione o raccolti nel corso delle attività di vigilanza e controllo) -saranno trattati dall'ATS della Montagna nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del citato Regolamento (UE) 679/2016 e quindi nel rispetto dei principi di liceità, esattezza, trasparenza, necessità, proporzionalità, minimizzazione dei dati, integrità e riservatezza.

I dati personali sono trattati per il perseguimento delle finalità che la vigente normativa nazionale e regionale (L.R. n. 33/2009 e ss.mm.ii. e L.R. n. 23/2015 e ss.mm.ii.) attribuisce all'ATS in materia di assistenza farmaceutica. Il mancato conferimento dei dati, indicati come obbligatori, preclude il perseguimento delle suddette finalità e quindi anche l'erogazione del servizio richiesto.

Le **basi giuridiche** del trattamento dei dati personali sono, pertanto, individuate nella necessità di **eseguire un obbligo legale al quale è soggetta l'ATS e nella necessità di eseguire compito di interesse pubblico o comunque connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui l'ATS è investita** (artt. 6 par. 1 lett. C) - E) e 9 par. 2 lett. G) del Reg. UE 679/2016 e art. 2-sexies lett. L),U), V), del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.).

### **MODALITA' DEL TRATTAMENTO**

Il trattamento dei dati personali è eseguito dall'ATS della Montagna mediante supporto cartaceo e mediante strumenti informatici e/o immagini e/o raccolta di reperti biologici o di altro tipo.

## **DESTINATARI DEI DATI PERSONALI**

I dati personali **non possono essere oggetto di diffusione se non nei casi e nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.**

Gli stessi saranno trasmessi dall'ATS della Montagna, sempre nel rispetto dei principi di cui sopra citato art. 5 del Regolamento (UE) 679/2016 e delle specifiche cautele previste da specifiche disposizioni normative e regolamentari, ad uno o più soggetti determinati di seguito elencati:

- operatori degli Uffici dell'ATS, espressamente autorizzati, ai quali la conoscenza e/o comunicazione dei dati personali risultino necessarie o siano comunque funzionali al perseguimento delle finalità sopra descritte e delle ulteriori finalità che la vigente normativa riconosce debbano essere perseguite (ad esempio emissione delle Ordinanze – Ingjnzioni ex art. 18 L. n. 689/1981 da parte del competente servizio dell'ATS);
- soggetti pubblici, ivi compresa l'Autorità Giudiziaria, ai quali i dati devono essere inviati in ottemperanza a specifiche disposizioni normative o regolamentari;
- soggetti pubblici o privati che, per conto dell'ATS della Montagna:
  - ✓ forniscono specifici servizi elaborativi;
  - ✓ svolgono attività connesse, strumentali o di supporto all'attività dell'ATS.

## **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali sono conservati dall'ATS della Montagna presso il competente Servizio o presso soggetti esterni a ciò autorizzati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti nonché per il tempo previsto dalle vigenti disposizioni (nazionale e regionale) in materia di conservazione dei documenti.

## **DIRITTI DELL'INTERESSATO (art. 12 co. 3 e artt. 15 e ss. del Regolamento UE 679/2016)**

Salve le ipotesi previste dagli artt. 2-*undecies* e ss. del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica dei dati inesatti, la cancellazione dei dati (nei limiti previsti dall'art. 17 del Regolamento UE 679/2016) o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Ha, altresì, il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano nel rispetto dell'art. 21 del Regolamento (UE) 679/2016.

L'interessato può esercitare i diritti di cui sopra con richiesta scritta indirizzata al Direttore Generale dell'ATS della Montagna, Via N. Sauro n. 38 – 23100 Sondrio e consegnata a mano all'Ufficio Protocollo o trasmessa a mezzo del servizio postale o via PEC ([protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)).

## **RECLAMO ALL'AUTORITA' DI CONTROLLO**

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per il trattamento dei dati personali seguendo le procedure previste dalla stessa Autorità.

**IL DIRETTORE GENERALE**