

**MARCA DA BOLLO**

**Tariffa vigente**

Al Direttore  
SC Assistenza Farmaceutica  
ATS MONTAGNA  
Via Nazario Sauro, 38 – 23100 Sondrio

**OGGETTO: RICHIESTA AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO TITOLARITA' DI FARMACIA A SOCIETA'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, in qualità di legale  
rappresentante della società (indicare la ragione sociale) \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

P.IVA/Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il riconoscimento della titolarità della farmacia \_\_\_\_\_  
sede n. \_\_\_\_\_ del comune di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) ubicata in  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
che assumerà la denominazione \_\_\_\_\_

A tal fine comunica che la conduzione tecnico-professionale della farmacia viene affidata  
al/alla Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
che è in possesso del requisito d'idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e che formalmente accetta.

**Firma del direttore responsabile per accettazione** \_\_\_\_\_

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 Legale rappresentante \_\_\_\_\_

**NOTA BENE**

**L'istanza completa di allegati può essere:**

- **consegnata in originale cartaceo presso la sede ATS o spedita a mezzo posta ordinaria** (può essere anticipata via PEC a [protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it) ma devono seguire necessariamente gli originali con firme olografe)
- **inviata come documento informatico firmato digitalmente e con bollo assolto in modalità virtuale tramite PEC a [protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)**

SEGUE ELENCO ALLEGATI

#### ELENCO ALLEGATI:

- Originale o copia conforme dell'atto costitutivo della società con estremi di registrazione (oggetto sociale esclusivo gestione farmacie) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- Originale o copia conforme dell'atto d'acquisto con estremi di registrazione (in cui siano indicati espressamente la clausola sospensiva e che il trasferimento dell'azienda commerciale avviene unitamente alla cessione del diritto di farmacia) oppure documento informatico sottoscritto digitalmente
- Partita IVA
- Ricevuta di versamento della tassa di concessione nella misura della vigente Legge Regionale (Decreto L.vo n. 230 del 22/06/1991), non dovuta se rurale sussidiata, da effettuare attraverso PagoPA (secondo le modalità indicate sul sito della Regione Lombardia sezione Tributi, indicando come causale "tassa di concessione farmacia sede n. \_\_\_ del Comune di \_\_\_\_") Per eseguire il versamento, accedere al Portale dei pagamenti di Regione Lombardia (<https://pagamentinlombardia.servizirl.it/pa/home.html>).
- Autocertificazione di non incompatibilità dei soci rispetto agli artt. 7 e 8 L.362/91 (non esercita attività di produzione e informazione scientifica del farmaco, non esercita la professione medica, non è titolare, né gestore provvisorio, né direttore, né collaboratore di altra farmacia, non ha rapporti di lavoro pubblico o privato) completa di copia documento d'identità – Allegato 1
- Antimafia soci e, se trattasi di società di capitali, anche dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonché del direttore responsabile, se non è uno dei soci, completa di copia documento d'identità – Allegato 2
- Autocertificazione del Casellario giudiziale dei soci e degli amministratori completa di copia documento d'identità – Allegato 3
- Autocertificazione del direttore del codice fiscale, del Casellario giudiziale e dei requisiti di idoneità (laurea e abilitazione, numero e data iscrizione all'Albo dei Farmacisti, idoneità prevista dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475: biennio pratica professionale/idoneità a concorso), completa di copia documento d'identità – Allegato 4
- Dichiarazione del legale rappresentante che la società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del codice civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art.1 comma 158 L. 124/2017 – Allegato 5
- Visura camerale o Dichiarazione sostitutiva del certificato di iscrizione alla camera di commercio industria artigianato agricoltura (allegato non disponibile)

***PUO' ESSERE ALLEGATA UNA SOLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO PER TUTTE LE AUTOCERTIFICAZIONI PRESENTATE DAL MEDESIMO SOGGETTO***

**Documentazione per aggiornamento SISS e anagrafica farmacia**

- Scheda per aggiornamento anagrafica farmacia in Farma2017 – Allegato 6
- Modulo di rilevazione dati per farmacie (FARM-MOD A) per aggiornamento SISS – Allegato 7 completo di numero contratto
- Contratto adesione al SISS (Allegato 1 DGR 3673\_2020 - Contratto di attivazione SISS della farmacia) da scaricare a parte dalla sezione Modulistica farmacie
- Contratto stipulato con il Provider per la gestione del SISS completo delle firme dei contraenti

**Documentazione relativa ai locali della farmacia:**

- Planimetria dei locali datata e firmata in originale da tecnico abilitato e dal titolare/Direttore della farmacia, in scala 1:100, con indicati i rapporti aereo-illuminanti, le destinazioni d'uso dei singoli locali, le sezioni, le vie di fuga e l'accessibilità ai portatori di handicap

**Documentazione relativa ai collaboratori farmacisti:**

- Dichiarazione a firma del legale rappresentante della società del personale farmacista, che presta attività in farmacia completa del numero ore settimanali (utilizzare se necessario la modulistica per la segnalazione dei collaboratori MODULO 1);
- Dichiarazione a firma del legale rappresentante della società **degli eventuali soci farmacisti che prestano l'attività professionale in farmacia**

**Documentazione relativa al pagamento**

- Originale o copia conforme all'originale dell'atto notarile di Delega all'incasso a favore di Federfarma/Altro Sindacato se si è barrata la relativa voce nel modulo Allegato 6 "Aggiornamento anagrafica farmacia" che solitamente viene inviato all' ATS da Federfarma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.  
assenza di incompatibilità ex artt. 7 e 8 L. 362/91

(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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 non esplicitare attività nel settore della produzione ed informazione scientifica del farmaco;
- di non esercitare la professione medica;
- di non essere titolare, né gestore provvisorio di farmacia, né direttore responsabile o collaboratore presso altra farmacia;
- di non essere in rapporto di lavoro subordinato con enti pubblici o privati;

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 \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.**

(da compilarsi a cura di ogni socio e, se trattasi di società di capitali, anche dei familiari conviventi maggiorenni e degli amministratori, nonché del direttore responsabile, se non è uno dei soci)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ 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**

- che, ai sensi dell'art. 89 del D.Lgs n. 159/2011 e s.m.i., nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 e s.m.i.;

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 \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.  
(da compilarsi a cura di ogni socio)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ )  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ 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 non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

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 \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.  
(da compilarsi a cura del farmacista direttore)

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 essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_ conseguita presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_  
avendo superato l'esame di stato presso l'Università di \_\_\_\_\_  
nell'anno \_\_\_\_\_
- di essere farmacista iscritto/a all'Albo dei Farmacisti di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del requisito di idoneità previsto dall'art. 12 L. 475/1968 e precisamente:
  - di aver maturato il biennio di pratica professionale presso la/le farmacia/e  
\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_;
  - di aver conseguito l'idoneità in un concorso a sedi farmaceutiche – concorso della Regione  
\_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_.
- di non avere mai riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che  
riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di  
provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- che il proprio codice fiscale è \_\_\_\_\_

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 direttore \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – art. 47 DPR 445/2000 e s.m.i.  
(da compilarsi a cura del legale rappresentante)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante della società (indicare la ragione sociale)

\_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

P.IVA/Codice fiscale \_\_\_\_\_

DICHIARA

che la suddetta società controlla direttamente o indirettamente, ai sensi degli articoli 2359 e seguenti del Codice Civile, non più del 20 per cento delle farmacie esistenti nel territorio della medesima regione, ai sensi dell'art. 1 comma 158 L. 124/2017

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 legale rappresentante \_\_\_\_\_

### AGGIORNAMENTO SCHEDA ANAGRAFICA FARMACIA

(barrare le voci e compilare i campi vuoti)

**NUOVO CODICE:** \_\_\_\_\_ **VECCHIO CODICE:** \_\_\_\_\_

(assegnato con delibera)

CODICE TRACCIABILITA' DEL FARMACO \_\_\_\_\_

NUMERO SEDE PIANTA ORGANICA \_\_\_\_\_  Urbana  Rurale

Pubblica

Privata

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

TITOLARE INDIVIDUALE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP – LOCALITA' \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PEC (al quale ricevere tutta la corrispondenza da parte di questa ATS)

\_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DATA INIZIO ATTIVITA' \_\_\_\_\_

DIRETTORE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DIRETTORE \_\_\_\_\_

TIPO DI PAGAMENTO:  REGIONALE (tramite ATS) /  SINDACATO specificare \_\_\_\_\_

BANCA DI ACCREDITO \_\_\_\_\_

AGENZIA DI ACCREDITO \_\_\_\_\_

COORDINATE BANCARIE IBAN \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

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.

FIRMA DEL TITOLARE/DIRETTORE/LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

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.

## MODULO DI RILEVAZIONE DATI PER FARMACIE

(FARM-MOD A)

<b>Dati Azienda:</b>		
ASL di Appartenenza	Provincia	Distretto

<b>Causale:</b> (*) <i>Barrare una delle seguenti caselle</i>			
<input type="checkbox"/> <b>ADESIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>MODIFICA:</b> (specificare motivo) .....	<input type="checkbox"/> <b>CESSAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAMBIO TITOLARITA'</b>

Ragione Sociale	Codice Regionale								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								

Indirizzo Farmacia	Città	Num Civico	Provincia	CAP

Telefono Farmacia	Giorno di chiusura della Farmacia	Reperibilità contatti telefonici
TEL		
TEL		

<b>Provider</b>	
Ragione Sociale:	N° Contratto:

<b>Informazioni tecniche:</b>	
<b>Caratteristiche delle postazioni di lavoro in uso</b>	
Hardware:	Software:
Processore	Sistema Operativo
RAM	
N° Porte USB	Software applicativo usato
Scheda Ethernet      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lettore di CD            SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>Dati tecnologici</b>	
Presenza di una linea dati adsl associata alla linea telefonica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Numero telefono fisso nello stabile	
Presenza di centralino	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Presenza di una rete IP interna	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
IP LAN da assegnare al router SISS	-----

Data	Firma

## 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 – Ingiunzioni 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**