

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

**OGGETTO: ABILITAZIONE COLLABORATORE FARMACISTA SCREENING COLON-RETTO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore/Legale rappresentante  
della farmacia \_\_\_\_\_  
codice farmacia \_\_\_\_\_ indirizzo farmacia \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail farmacia (obbligatorio) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che il collaboratore Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
dal giorno \_\_\_\_\_ venga abilitato alle attività di screening colon-retto presso la suddetta farmacia.

**Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute della Montagna. L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell’Ente all’indirizzo <https://www.ats-montagna.it/wp-content/uploads/2023/10/Informativa-Attivita-ispettive-controllo-vigilanza-e-sanzio.pdf> I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell’Ente.

Data \_\_\_\_\_

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

Firma del collaboratore \_\_\_\_\_