

Al Direttore
della S.C. Servizio Farmaceutico
ATS MONTAGNA
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 _____