

**OGGETTO: SEGNALAZIONE PERSONALE FARMACISTA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ 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
- ☐ collaboratore occasionale (libero professionista con impegno orario non programmabile anticipatamente; il riepilogo mensile delle ore svolte verrà eventualmente inviato a consuntivo)
- ☐ 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 orari: \_\_\_\_\_

martedì orari: \_\_\_\_\_

mercoledì orari: \_\_\_\_\_

giovedì orari: \_\_\_\_\_

venerdì orari: \_\_\_\_\_

sabato orari: \_\_\_\_\_

domenica orari: \_\_\_\_\_

**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).**

**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.

Consapevole che i periodi di servizio inferiori alle 15 ore settimanali non potranno venir presi in considerazione ai fini del rilascio di un certificato (Circ. R.L. n. 9 del 6.4.1987)

Data \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_  
il 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 \_\_\_\_\_  
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 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° \_\_\_\_\_

**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.

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

**Si allega fotocopia documento d'identità**

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