

Al Direttore
della S.C. Servizio Farmaceutico
ATS MONTAGNA
protocollo@pec.ats-montagna.it

OGGETTO: SOSTITUZIONE TEMPORANEA TITOLARE FARMACIA

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa _____
titolare della farmacia _____
codice farmacia _____
indirizzo farmacia _____

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione professionale della Farmacia

dal _____ al _____ con il Dott./la Dott.ssa _____

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti di _____ al n. _____

- farmacista già collaboratore presso la sopra indicata farmacia
- farmacista non collaboratore della sopra indicata farmacia (allegare autocertificazione del farmacista sostituto attestante l'iscrizione all'Albo professionale – Allegato 1)

per il seguente motivo (**BARRARE LE CASELLE DI INTERESSE E COMPILARE TUTTI I CAMPI**):

- 1) gravi motivi di famiglia
- 2) infermità (**allegare certificato medico** con indicata LA PROGNOSE)
- 3) gravidanza, parto, allattamento (**allegare certificato medico** con indicata LA PROGNOSE)
- 4) adozione minori, affidamento (allegare documentazione specifica)
- 5) funzioni pubbliche elettive, incarichi sindacali (allegare documentazione specifica)
- 6) ferie
- Viene conferita al sostituto anche la conduzione economica

Si allega la documentazione specifica attestante la necessità di sostituzione (ad eccezione dei punti 1 e 6):

Data _____

Firma del Titolare _____

Firma del farmacista sostituto per accettazione _____

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – art. 46 DPR 445/2000 e s.m.i.
(da compilarsi a cura del farmacista sostituto qualora non sia già collaboratore della 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 essere farmacista 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 sostituto _____