

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

OGGETTO: RICHIESTA DI CAMBIO TURNO

Il sottoscritto Dott. _____ Titolare/Direttore/Legale rappresentante
della farmacia _____
codice farmacia _____ indirizzo farmacia _____
in accordo con la/e sotto indicata/e farmacie

_____ di _____
_____ di _____

- la/e quale/i invierà/invieranno PEC a conferma a protocollo@pec.ats-montagna.it
 sottoscrive/sottoscrivono la presente per accettazione

CHIEDE CON ALMENO 30 GIORNI DI PREAVVISO

MOTIVAZIONE OBBLIGATORIA: _____

Il seguente cambio turno con almeno 30 gg di preavviso, come disposto dall'art. 90 della L.R. 33/2009 e s.m.i.:

LA PRESENTE RICHIESTA SARA' VALUTATA DAL SERVIZIO FARMACEUTICO. IN ASSENZA DI MOTIVAZIONE NON VERRA' EVASA. SE PREAVVISO INFERIORE A 30 GG IL SERVIZIO FARMACEUTICO SI RISERVA SE AUTORIZZARE VALUTANDO CASO PER CASO.

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 titolare/direttore/legale rappresentante _____

NOTA BENE

Timbro e Firma delle altre farmacie per accettazione (solo nel caso in cui non venga inviata la PEC a conferma)

_____ (timbro e firma)

_____ (timbro e firma)