

**OGGETTO: COMUNICAZIONE ORARI FARMACISTA COLLABORATORE OCCASIONALE.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della farmacia \_\_\_\_\_ codice farmacia \_\_\_\_\_  
indirizzo farmacia \_\_\_\_\_  
comunica che 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:

collaboratore occasionale (libero professionista con impegno orario non programmabile anticipatamente),

nel mese di \_\_\_\_\_ ha effettuato:

n. \_\_\_\_\_ giorni lavorativi

n. \_\_\_\_\_ ore lavorative totali.

In fede.

**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 presa visione