

BOLLO 16,00 €

**Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale  
Azienda USL Valle d'Aosta**  
Via Guido Rey n. 1  
11100 AOSTA  
[protocollo@pec.ausl.vda.it](mailto:protocollo@pec.ausl.vda.it)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di \_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il rilascio di n..... certificati in

- carta libera
- carta legale (allegare n. 1 marca da bollo per ogni copia)

attestante/i il servizio prestato in qualità di farmacista presso le farmacie della Regione Autonoma della Valle d'Aosta, da utilizzare esclusivamente nei rapporti tra privati ai sensi dell'art. 15 della Legge 183/2011.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_  
(Luogo) (Data)

Il Richiedente \_\_\_\_\_  
(Firma)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, l'istanza è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto al ritiro ovvero inviata (corredata di fotocopia non autentica di un documento d'identità del sottoscrittore) all'ufficio competente tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018, si informa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nel pieno rispetto di quanto stabilito dalla citata normativa e dei relativi obblighi di riservatezza. I dati, il cui conferimento è obbligatorio, verranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679. Si precisa che l'Informativa al trattamento dei dati dell'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta è pubblicata in forma completa sul sito [www.ausl.vda.it](http://www.ausl.vda.it), nella sezione Privacy.