Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale
Azienda USL Valle d'Aosta
protocollo@pec.ausl.vda.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
TITOLARE/DIRETTORE/GESTORE PROVVISORIO DELLA FARMACIA

RAGIONE SOCIALE	
LOCALITA' E COMUNE	
CODICE REGIONALE	

CHIEDE

l'autorizzazione alla sostituzione temporanea nella conduzione professionale della Farmacia nel periodo:

(barrare la condizione di interesse)

		DATA INIZIO	DATA FINE
1	**SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA URBANA**		
2	**SOSTITUZIONE DIREZIONE FARMACIA RURALE**		

con il sottoindicato **FARMACISTA DOTT./DOTT.SSA:**

COGNOME:	**NOME:**
CODICE FISCALE:	
Nato/a a:	**il:**
INDIRIZZO:	
ISCRITTO ALL'ORDINE DI:	**n. iscrizione:**

Per la seguente motivazione (barrare la condizione di interesse – artt. 7 e 11 Legge 362/91)

1	**INFERMITA'**
2	**GRAVI MOTIVI DI FAMIGLIA**
3	**ASPETTATIVA GRAVIDANZA/PUERPERIO**
4	**ADOZIONE DI MINORI/AFFIDAMENTO**
5	**CHIAMATA A FUNZIONI PUBBLICHE ELETTIVE O INCARICHI SINDACALI ELETTIVI A LIVELLO NAZIONALE**
6	**FERIE/RIPOSO SETTIMANALE**

La presente deve pervenire con anticipo di almeno **tre giorni dall'inizio della sostituzione.** Nei casi di assenza **improvvisa e non programmabile** (punti 1 e 2 della tabella) il presente modulo deve pervenire **entro tre giorni dalla decorrenza dell'evento.** Per le motivazioni previste dai punti 1,3,4 e 5 la presente istanza dev'essere corredata da relativa documentazione. Per la data di ricevimento, fa fede il protocollo dell'Azienda USL.

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, nella sezione Privacy.

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA _____

FIRMA TITOLARE/DIRETTORE FARMACIA _____

*XXXX