

IL/ I Titolare/i Direttore/i della/e farmacia/e:

Denominazione Farmacia	Ubicazione

chiede/chiedono l'autorizzazione ad effettuare la variazione del calendario in vigore per le seguenti motivazioni:

- ferie
- cambio turno
- variazione orario di apertura
- giorno di chiusura
- apertura straordinaria
- rinuncia ferie

Il calendario risultante sarà pertanto:

Ferie	dal al.....
Cambio turno	Farmacia dal al.....
	Farmacia dal al.....
Variazione orario di apertura	Orario
	Orario
Giorno di chiusura	Giorno
Apertura straordinaria	Giorni o Periodo
Rinuncia Ferie	dal al.....

Al fine di consentire il tempestivo e puntuale aggiornamento del sito aziendale, la presente deve pervenire almeno tre giorni lavorativi prima della variazione.

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.

Timbro/i e Firma/e

_____ lì _____
 (Luogo) (Data)