

Farmacia _____
(timbro /denominazione)

**Al Responsabile S.S. Farmacia Territoriale
Azienda USL Valle d'Aosta**
Via Guido Rey, n. 1
11100 AOSTA
protocollo@pec.ausl.vda.it

Comunicazione di inizio/cessazione attività Farmacista in Farmacia

(D.P.R. n. 1275/1971 art.12 s.m.ii; L. 892/1984 art.6)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ titolare/direttore/gestore provvisorio della
Farmacia _____ sita in Via _____ n. _____
del Comune di _____

COMUNICA

che il/la Dott./Dott.ssa

esclusivamente nel caso di INIZIO attività, corredare con modulo "MA 52 UF"

"AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONE FARMACISTA"

HA INIZIATO presso la farmacia di cui sopra la **prestazione professionale** in qualità di Farmacista
collaboratore

in data (indicare la data del primo giorno lavorativo)

a tempo pieno

part-time (indicare il numero di ore settimanali)

HA CESSATO la **prestazione professionale** presso la farmacia di cui sopra in qualità di Farmacista
collaboratore

in data.....(indicare la data dell'ultimo giorno lavorativo)

IL FARMACISTA COLLABORATORE

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE

_____ li _____

(Luogo)

(Data)

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.