

Farmacia _____
(timbro /denominazione)

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

Comunicazione di attività Farmacista per attività saltuaria

(D.P.R. n. 1275/1971 art.12; 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

COGNOME:	NOME:
codice fiscale:	
Nato/a a:	il:
Indirizzo:	
Iscritto all'ordine di:	n. iscrizione:

ha prestato la propria attività presso questa farmacia

nel mese di anno per un totale di ore così suddivise:

giorno	n° ore	giorno	n° ore	giorno	n° ore
01		11		21	
02		12		22	
03		13		23	
04		14		24	
05		15		25	
06		16		26	
07		17		27	
08		18		28	
09		19		29	
10		20		30	
	//		//	31	
somma ore		somma ore		somma ore	totale ore

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.