

Farmacia _____
(timbro /denominazione)

**Al Direttore Generale
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 del Comune

di ubicata in Via n.,

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

(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.