

Prot. nr. _____ Data _____

Al Direttore Generale
Azienda USL Valle d'Aosta
Via G. Rey, 1
11100 AOSTA
protocollo@pec.ausl.vda.it

SOSTITUZIONI MENSILI NELLA DIREZIONE DELLA FARMACIA

(esclusivamente per sostituzioni inferiori a 3 giorni)

DATA				
Farmacia:				
Titolare/Direttore:				
MESE DI				ANNO
	Motivazione Assenza	Farmacista sostituito	Ordine e n° di iscrizione	Firma per accettazione farmacista
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Riservato all'Azienda USL della Valle d'Aosta				Timbro e Firma Titolare/Direttore Farmacia
Il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta ----- <i>Si sottoscrive per presa d'atto delle sostituzioni</i>				
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.				