

Spett.le ASL AL  
Via Venezia, 6  
ALESSANDRIA

Alla c.a. DIRETTORE/Responsabile  
SC/SS FARMACIA TERRITORIALE  
Ambito di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dr/D.ssa \_\_\_\_\_

Titolare/Direttore della Farmacia \_\_\_\_\_  rurale  urbana

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

comunica che, ai sensi dell'art. 12 del DPR 21/08/1971 n. 1275, a far data dal \_\_\_\_\_  
assume in qualità di:

collaboratore  collaboratore volontario  collaboratore libero prof. o altro

con impegno orario: \_\_\_\_\_ totale  parziale  (con  
percentuale \_\_\_\_\_%)

il/la Dr/D.ssa \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo professionale dei Farmacisti  
della Provincia di \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
firma del Titolare/Direttore

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, laureato/a in farmacia, iscritto/a all'Albo  
Professionale di \_\_\_\_\_ dichiara:  
di svolgere la propria attività quale \_\_\_\_\_ presso la Farmacia  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
firma del Collaboratore

Si allegano alla presente:

1. autocertificazione attestante laurea, abilitazione, iscrizione all'albo professionale, nascita, residenza, assenza incompatibilità
2. copia documento di identità in corso di validità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
(resa ai sensi del DPR n. 445 del 28 Dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ presa visione dell'informativa sulla privacy, di cui al presente modello, ammonito circa le responsabilità penali cui può incorrere chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, dichiara:

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_;
2. di essere residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_),  
via, \_\_\_\_\_ n, \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;
3. di essersi laureato presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_), in data \_\_\_\_\_;
4. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
5. di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ di posizione dal \_\_\_\_\_
6. di non versare in condizione di incompatibilità per l'assunzione del ruolo di Collaboratore di Farmacia

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IN FEDE  
(Firma del dichiarante)

\_\_\_\_\_

La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione ed ai gestori di pubblici servizi.

## INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n. 196, recante disposizioni a Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali si informa che i dati che Vi riguardano, o riguardanti i Vostri familiari, da Voi forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività istituzionale, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Tali dati verranno trattati al fine di provvedere agli adempimenti connessi alle nostre attività.

La richiesta dei dati è necessaria e indispensabile per poter creare ed aggiornare le cartelle che Vi riguardano nel caso in cui richiediate una certificazione del periodo svolto come collaboratori o direttori presso la nostra farmacia.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Le modalità di trattamento dei dati a Voi riferibili possono prevedere l'utilizzo di strumenti automatici idonei ad elaborarli, in base a criteri qualitativi, quantitativi, temporali e spaziali, anche insieme a dati riferiti ad altri soggetti.

L'eventuale rifiuto di rispondere può comportare l'impossibilità di iniziare la pratica.

I dati da Voi conferiti o a Voi riferibili potranno essere comunicati:

- All'Azienda Sanitaria Locale che li utilizzerà ai fini strettamente legati agli adempimenti di competenza.
- Ad Enti esercenti funzioni di indirizzo e controllo sull' A.S.L. stessa ( ad esempio Regione).
- Nei casi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 tra cui, in particolare, il diritto di conoscere i Vostri dati personali registrati, ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione, opporvi a trattamenti di dati illegittimi od effettuati per fini di informazione commerciale.

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASL AL.

Il sottoscritto, acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti nello specifico ambito, riconosciute le esigenze funzionali rappresentate, preso atto dell'adozione di ogni cautela e salvaguardia della riservatezza di dette informazioni, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

\_\_\_\_\_, lì

FIRMA