

Al Direttore della U.O.C. Farmacia Territoriale
ASL AVELLINO
protocollo@pec.aslavellino.it

OGGETTO: SEGNALAZIONE CESSAZIONE PERSONALE FARMACISTA

Il sottoscritto Dott. _____ Titolare/Direttore/Legale rappresentante
della farmacia _____
codice farmacia _____ indirizzo farmacia _____
indirizzo e-mail farmacia _____

COMUNICA

che dal _____ il Dott./la Dott.ssa _____
nato/a a _____ il _____,
codice fiscale _____ cessato la propria attività presso questa farmacia.

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della ASL AVELLINO saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della ASL AVELLINO. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo: <https://www.aslavellino.it/images/informativa-Privacy.pdf>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente.

Data _____

Firma titolare/direttore/legale rappresentante _____