

**OGGETTO: SEGNALAZIONE PERSONALE FARMACISTA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
 della farmacia \_\_\_\_\_ codice farmacia \_\_\_\_\_  
 indirizzo farmacia \_\_\_\_\_  
 segnala di aver ammesso a prestare servizio presso la propria farmacia **a far data dal** \_\_\_\_\_  
 il Dott. / la Dott.ssa \_\_\_\_\_ farmacista nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo professionale  
 dell'Ordine Provinciale dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ del ruolo di anzianità, in qualità di:

praticante professionale (art. 6 Legge 892/84)

libero professionista con impegno orario programmabile

collaboratore occasionale (libero professionista con impegno orario non programmabile anticipatamente; il riepilogo mensile delle ore svolte verrà eventualmente inviato a consuntivo)

associato in partecipazione

collaboratore:             a tempo pieno (40 ore/settimanali).  
     a tempo parziale per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali

nei seguenti giorni settimanali e con i seguenti orari:

lunedì        orari    \_\_\_\_\_  
 martedì     orari:    \_\_\_\_\_  
 mercoledì    orari:    \_\_\_\_\_  
 giovedì        orari:    \_\_\_\_\_  
 venerdì        orari:    \_\_\_\_\_  
 sabato        orari:    \_\_\_\_\_  
 domenica    orari:    \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d'orario, il cambiamento della natura del rapporto e la cessazione del servizio.**

In fede.

**Si allega la seguente documentazione:**

**Autocertificazione del collaboratore attestante la data di laurea, la sede universitaria, la data di abilitazione, il numero e la data di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti (Allegato 1).**

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

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati alla 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 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.

Consapevole che i periodi di servizio inferiori alle 15 ore settimanali non potranno venir presi in considerazione ai fini del rilascio di un certificato

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
 Titolare/Direttore/Legale rappresentante

Firma \_\_\_\_\_  
 il collaboratore per accettazione