



Modulo 7/FF/SS Vigilanza – Facsimile modulo autorizzazione per variazione magazzino distribuzione all'ingrosso di farmaci (cambio direttore tecnico, tipologie di prodotti distribuiti)

Alla c.a. Dirigente della
S.S. Vigilanza sulla Erogazione della
Assistenza Farmaceutica presso
SC ASSISTENZA FARMACEUTICA
Assistenza Farmaceutica Territoriale
Strada della Rosandra, 24 34143 –
TRIESTE

modalità invio: Raccomandata A.R./Nota via PEC/Notifica a mano

Oggetto: Istanza per presa d'atto di variazione magazzino distribuzione all'ingrosso di farmaci (cambio direttore tecnico, tipologie di prodotti distribuiti, altro)

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ C.F. _____
nato/a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n. _____
Recapito Tel: _____ Rappresentante Legale della
Ditta/Società _____ e Titolare dell'autorizzazione alla
distribuzione di farmaci

CHIEDE

la presa d'atto relativa alla variazione relativa a:

barrare tipologia variazione

- cambio direttore tecnico
- tipologie di prodotti distribuiti
- altro (indicare) _____

con decorrenza presunta dal _____



A tal fine, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, della decadenza dal beneficio prevista dall'art. 75, in caso di dichiarazioni mendaci, e di quanto disposto dall'art. 495 del C.P., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Indicare _____ la _____ variazione comunicata: _____

ALLEGARE ALLA PRESENTE ISTANZA:

se del caso:

- Autocertificazione dell'eventuale nuovo Direttore Tecnico del Magazzino del suo possesso dell'esperienza necessaria (art. 46 T.U. – D.P.R. 445/2000);
- Fotocopia del documento di riconoscimento del Richiedente;
- altro _____

(luogo e data)

Il/la richiedente*

(firma per esteso e leggibile)

**se la firma non viene apposta in presenza del dipendente addetto, occorre allegare una fotocopia di un documento d'identità (art. 38 co. 3 D.P.R. n. 445/2000)*

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/2003

Si informa che i dati personali acquisiti nell'ambito del presente procedimento saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Il loro conferimento ha natura obbligatoria in quanto la mancanza comporta il mancato accoglimento della domanda.

Eventuali comunicazioni ad altri soggetti saranno effettuate solo se previste da norme di legge o necessarie per fini istituzionali.

L'interessato potrà esercitare in ogni momento i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina, Responsabile del Trattamento è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

SEGNALAZIONE RELATIVAMENTE AI CONTROLLI AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Si informa che relativamente a quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i.