



## DICHIARA

- di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_  
conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- di essere iscritto/a all'ordine dei farmacisti di \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente per scopi connessi all'attività d'ufficio, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs 101/2018 (decreto privacy).

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma farmacista collaboratore)

Si allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità

NOTA IMPORTANTE: la mancata ottemperanza agli obblighi di segnalazione previsti dall'art 32 del Regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706, e successive modifiche, costituisce illecito amministrativo sanzionato ai sensi dell'art. 358 del REGIO DECRETO 27 luglio 1934, n. 1265 (TULS) e successive modifiche (sanzione da euro 1549,37 a euro 9.296,22)