

Spazio riservato  
all'etichetta  
con il n. di protocollo  
e la data



**All'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliana  
Isontina  
SS Area Farmaceutica Territoriale  
SC Assistenza Farmaceutica  
e, p.c. All'Ordine dei Farmacisti Provincia di \_\_\_\_\_**

**OGGETTO: DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PER IL CAMBIO DI DIREZIONE TECNICO-  
PROFESSIONALE.**

La Società (Ragione Sociale / Denominazione) .....  
C.F./P.IVA ..... sede legale ....., nella persona del  
sottoscritto Rappresentante Legale ..... nato a ....., il .....,  
consapevole di quanto disposto dalla normativa vigente in materia,

**CHIEDE**

che a decorrere dal giorno ....., la direzione tecnico-professionale della farmacia CRF.....  
venga affidata al farmacista Dr./Dr.ssa ....., nato/a a ....., il .....,  
....., in possesso dei requisiti di legge previsti, il quale dichiara di assumersi  
tutte le responsabilità inerenti l'incarico.

**FIRMA PER ACCETTAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO INCARICATO**

..... li, .....

Il Direttore - tecnico incaricato

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio del Direttore tecnico incaricato atta a comprovare l'assenza di situazioni di incompatibilità con la condizione di direttore (allegato n. 1)
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione del Direttore tecnico incaricato (allegato n. 2) atta a comprovare:
  1. l'iscrizione all'Ordine dei Farmacisti
  2. il possesso del requisito di idoneità di cui all'art. 12 della L. n. 475/68 e s.m.i.
  3. l'assenza di condanne penali a proprio carico
  4. che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D.lgs. n. 159/2011 e s.m.i.
- Informativa per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo 679/16 (allegato n. 3)
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del Legale Rappresentante /Titolare
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del Direttore Tecnico

*Firma Legale Rappresentante*

..... li, .....

.....

Spazio riservato  
all'etichetta  
con il n. di protocollo  
e la data



**ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....  
Nato/a a ..... (prov. ....) il .....  
Residente a ..... (prov. ....) Via .....  
n. .... Indirizzo di posta elettronica (PEC) .....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità,

- di non essere titolare, gestore provvisorio di farmacia, direttore o collaboratore presso altra farmacia;
- di non ricoprire posti di ruolo nell'amministrazione dello Stato, compresi quelli di assistente titolare di cattedra universitaria, o in enti locali o comunque pubblici;
- di non esercitare la professione di propagandista di prodotti medicinali.

..... li, .....  
(luogo e data)

**Il Direttore Tecnico**

.....

Spazio riservato  
all'etichetta  
con il n. di protocollo  
e la data



## ALLEGATO 2

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a ..... codice fiscale .....

Nato/a a ..... (prov. ....) il .....

Residente a ..... (prov. ....) Via .....

n. .... Indirizzo di posta elettronica (PEC) .....

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

#### D I C H I A R A

- di essere regolarmente iscritto/a all'Ordine Professionale dei Farmacisti di .....  
al n. .... dal .....
- di essere in possesso dell'idoneità di cui all'art. 12 della L. 475/1968 e s.m.i. a seguito di:
  - Concorso per sedi farmaceutiche della Provincia di ..... in data .....
  - oppure di aver svolto la pratica professionale biennale (indicare solo il periodo sufficiente alla raggiungimento temporale dei due anni);

#### COLLABORATORE

Farmacia \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Spazio riservato  
all'etichetta  
con il n. di protocollo  
e la data



|                    |
|--------------------|
| Farmacia _____     |
| Via _____ n. _____ |
| Località _____     |
| dal _____ al _____ |
| dal _____ al _____ |

  

|                    |
|--------------------|
| Farmacia _____     |
| Via _____ n. _____ |
| Località _____     |
| dal _____ al _____ |
| dal _____ al _____ |

- di non aver riportato condanne penali che precludano o escludano, ai sensi delle vigenti disposizioni, l'esercizio della farmacia;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dal D. Lgs. n. 159/2011 e s.m.i. e di non essere a conoscenza dell'esistenza di procedimenti in corso in tal senso.

..... li, .....  
(luogo e data)

**Il Direttore Tecnico**

.....

## ALLEGATO 3

### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo 679/16)

Si invita a prendere visione ed accettare, ove previsto, le indicazioni contenute nella presente informativa sul trattamento dei dati personali, resa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del decreto legislativo 196/2003, così come modificato dal decreto legislativo 101/2018. La presente informativa, aggiornata, disciplina il trattamento dei dati personali effettuati per fini istituzionali nonché per la fruizione di servizi di interesse pubblico e si rende necessaria anche per garantire l'aggiornamento dei consensi, eventualmente, già espressi dagli interessati.

#### **Titolare del trattamento**

Titolare del trattamento dei dati personali è l'ASU GI Azienda Sanitaria universitaria giuliano isontina.

#### **Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer)**

Responsabile della Protezione dei Dati è il Dott. Graziano de' Petris, Nominato con decreto n. 1 dd. 01.01.2020.

#### **Finalità del trattamento e base giuridica**

I dati personali raccolti saranno trattati, conservati e archiviati per gli adempimenti operativi, amministrativo-contabili e/o di altra natura connessi alla gestione delle attività istituzionali dell'ASU GI nonché per gli adempimenti legati a obblighi di legge e per le finalità del procedimento amministrativo da esplicitare comunque, in conformità a quanto previsto dall'art. 6, paragrafo 3, del Regolamento UE 679/2016 e dall'art. 2-ter del D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. I dati personali forniti saranno trattati coerentemente ai servizi offerti dall' ASUGI con l'ausilio di proprie risorse umane, esclusivamente per l'esecuzione dei propri compiti istituzionali.

#### **Luogo e modalità del trattamento**

I dati sono trattati esclusivamente nel territorio italiano da parte di personale istruito, formato e autorizzato al trattamento lecito dei dati secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, pertinenza e non eccedenza rispetto alle finalità di raccolta e di successivo trattamento.

Il trattamento dei dati connessi ai servizi ed erogazioni offerti dall' ASUGI avviene per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità prefissate al procedimento amministrativo da eseguire al quale sono riservate tutte le misure minime di sicurezza (e di riservatezza) volte a prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ovvero accessi non autorizzati. L' ASUGI è esonerata dalla responsabilità per danni derivanti da inadempimento di obblighi contrattuali da parte dei responsabili del trattamento. I dati personali forniti sono utilizzati solo per eseguire il procedimento richiesto e non sono oggetto di cessione o diffusione. Non è previsto l'uso di trattamenti automatizzati o processi decisionali automatizzati o volti a profilare il fruitore del servizio da parte dell'ASUGI.

#### **Tipologia dei dati trattati e destinatari**

I dati personali oggetto di trattamento sono quelli forniti mediante compilazione della domanda presentata. I dati trattati dall' ASUGI potranno essere comunicati al personale interno autorizzato al trattamento ed ai collaboratori del Titolare del trattamento addetti allo svolgimento dell'attività o procedimenti amministrativi, a soggetti pubblici in forza degli obblighi normativi, a partner di progetto, a soggetti privati per eventuali necessità assicurative e alle autorità di controllo e di verifica. Il trattamento riguarderà anche i dati personali acquisiti, se del caso, presso l'amministrazione certificante ai sensi del comma 2 dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, per finalità di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni

Spazio riservato  
all'etichetta  
con il n. di protocollo  
e la data



sostitutive.

### **Periodo di conservazione**

I dati verranno conservati per un periodo di tempo non superiore al conseguimento delle finalità sopra indicate o in base alle scadenze previste dalle norme di legge.

### **Trasferimento dei dati all'estero**

I dati non vengono trasferiti all'estero.

### **Consenso dell'interessato**

Si intende per "consenso" qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento. Il consenso al trattamento può essere sempre revocato in qualsiasi momento. Il mancato consenso dell'interessato al trattamento è causa di esclusione dal procedimento di cui si fa domanda.

### **Diritti dell'interessato**

I diritti dell'interessato possono essere esercitati in qualsiasi momento inviando una comunicazione scritta indirizzata ad ASUGI e si riassumono nel diritto:

- di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che lo riguardano, e l'accesso agli stessi;
- di ottenere la rettifica dei dati senza ingiustificato ritardo, inclusa l'integrazione dei dati;
- di ottenere la cancellazione dei dati;
- di ottenere la limitazione del trattamento e la comunicazione di eventuale revoca della stessa;
- alla portabilità dei dati;
- di proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Quanto sopra fatta salva l'esistenza di motivi legittimi da parte dell'ASUGI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver letto e compreso la presente informativa rilasciata dall'ASUGI e di autorizzare il trattamento dei propri dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_