

Modulo A. Dichiarazione di iscrizione all'Ordine

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a..... prov.
.....il..... e residente a.....Via.....n.....

Valendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

Di essere iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di..... dalla data del..... al n..... (con prima iscrizione all'Ordine dei farmacisti della Provincia di.....); laurea in..... presso l'Università di.....in data....., ed esame di stato nella sessione..... dell' anno.....

Data.....

IL DICHIARANTE

.....

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente comunicazione è stata:

- sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto..... (indicare in stampatello il nome del dipendente)
- sottoscritta e presentata/inviata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 679/2016

Il trattamento dei dati forniti è effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare (art. 6, par. 1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare ai sensi della normativa che disciplina il procedimento cui la dichiarazione si riferisce.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte le attività ausiliarie e connesse (es. attività di controllo e consultive) e il mancato conferimento dei dati medesimi comporta l'impossibilità di procedere all'istruttoria del procedimento cui la dichiarazione si riferisce.

I dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dal manuale di gestione degli archivi "Prontuario di conservazione dei documenti e dei fascicoli" disponibile nel sito dell'Azienda al seguente indirizzo web: www.apss.tn.it/direttive-aziendali. I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.

Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, via Degasperì, 79, a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del regolamento tramite l'ufficio URP sito a Palazzo Stella Via Degasperì, 77, 38123 Trento, tel.0461-904172, e-mail urp@apss.tn.it

Preposto al trattamento è il direttore del Servizio Politiche del farmaco e assistenza farmaceutica competente per il procedimento.

I dati di contatto del responsabile della protezione dei dati (DPO) sono i seguenti: Via Degasperì, 79, 38123 Trento. E-mail: ResponsabileProtezioneDati@apss.tn.it

L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.