

Si allega alla presente la necessaria documentazione:

1. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale;
2. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la farmacia è aperta al pubblico ed espleta regolare servizio (**Allegato 2**) o, in alternativa, Certificato in carta libera rilasciato dal Comune;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante i dati della popolazione della località o agglomerato rurale in cui è ubicata la farmacia (**Allegato 3**) o, in alternativa, Certificato in carta libera rilasciato dal Comune;
4. Informativa/Consenso al trattamento dati personali (**Allegato 4**);
5. Dichiarazione di assolvimento dell'imposta di bollo (**Allegato 5**), solo nel caso in cui l'invio dell'istanza avvenga a mezzo pec.

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ai sensi dell' art. 47 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritt__ Dott.Dott.ssa_____

nat __ a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Cell. _____ mail _____

pec _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non vere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000

DICHIARA

che la Farmacia Rurale _____

COD REG _____ con sede in _____

Via _____ n. _____

è aperta al pubblico ed espleta regolare servizio.

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritt__ Dott.Dott.ssa_____

nat __ a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Cell. _____ mail _____

pec _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non vere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000

DICHIARA

che la consistenza della popolazione della località o agglomerato rurale al 31 dicembre dell'anno precedente il biennio _____/_____ in cui è ubicata la Farmacia

COD REG _____ con sede in _____

Via _____ n. _____

è pari a n. _____ abitanti.

Luogo e data

Firma

INFORMATIVA/CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del Trattamento: ASL di Frosinone, con sede in Frosinone, Via A. Fabi snc, CAP 03100, Cod. Fisc/P.Iva n. 01886690609, e-mail protocollo@aslfrosinone.it, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante.

Quale soggetto interessato potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti tramite l'ufficio URP sito in Frosinone – via A. Fabi s.n.c.o direttamente all'indirizzo email: urp@aslfrosinone.it, o, in alternativa, indirizzare comunicazioni e/o richieste all'indirizzo protocollo@pec.aslfrosinone.it.

Responsabile del trattamento: Funzionario responsabile del procedimento e dirigente.

Il Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO) è indicato nell'apposita sezione del sito aziendale ed è contattabile al numero di telefono 0775.2072610, all'indirizzo email dpo@aslfrosinone.it–indirizzo PEC dpo@pec.aslfrosinone.it

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla L. 7/08/1990 n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende Sanitarie.

Profilazione. In nessun caso verrà effettuata qualsivoglia forma di trattamento automatizzato dei Dati personali per ottenere informazioni relative alle Sue preferenze personali, alle inclinazioni sessuali, ai comportamenti, alla situazione economica ed all'ubicazione.

Natura del Conferimento Dei Dati Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO; il rifiuto comporterà l'impossibilità da parte dell'ASL Frosinone di procedere alla valutazione della sussistenza dei requisiti finalizzati ad ottenere quanto in oggetto alla domanda.

Diritti: L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali, nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha, inoltre, il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL di Frosinone.

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

residente in _____ n. _____ Tel _____ Prov. _____ Via _____
Cell. _____

mail _____ in qualità di

- Titolare
- Direttore Tecnico
- Gestore provvisorio

della Farmacia _____
avente la sede in _____ prov _____
indirizzo _____

dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella);

- AUTORIZZA**
- NON AUTORIZZA**

ai fini del D.Lgs. 193/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

In fede,

_____, li ___/___/___

Firma

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI NOTORIETA'

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 89 D.Lgs. n. 159/2011)

(da compilare solo se l'istanza viene inviata digitalmente)

Il/La sottoscritt__ Dott.Dott.ssa_____

nat __ a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ Tel _____

Cell. _____ mail _____

pec _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non vere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000, con riferimento alla Richiesta indennità di residenza biennio _____ / _____

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale, tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuta presso il mittente a disposizione degli organi di controllo.

A tal proposito, dichiara che la marca da bollo di € _____ applicata ha

identificativo n. _____ emesso in data ____/____/_____ .

Luogo e data

Firma
