

Procedura aziendale per la sostituzione del Direttore tecnico di Farmacia	Procedura n. /2023 Rev. 00 /12/2023
--	--

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
<i>Dott.ssa Alessandra Iadecola</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Ferrante Fulvio</i> Direttore UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Luca Casertano</i> Direttore Sanitario Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Sabrina Crescenzi</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Carlo Baldesi</i> Responsabile Aziendale Unità Privacy DPO <i>F.to</i>	<i>Dott.ssa Eleonora Di Giulio</i> Direttore Amministrativo Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Loretta Conflitti</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>		
<i>Dott.ssa Angelica Sonia Così</i> Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia <i>F.to</i>		

**INDICE:**

1. Scopo/Obiettivo	Pag. 2/15
2. Campo di applicazione	Pag. 2/15
3. Riferimenti normativi e bibliografici	Pag. 3/15
4. Definizioni e abbreviazioni	Pag. 3/15
5. Modalità operative	Pag. 3/15
6. Documentazione da presentare	Pag. 5/15
7. Termini di presentazione delle domanda	Pag. 5/15
8. Archiviazione	Pag. 6/15
9. Referenti	Pag. 6/15
10. Matrice delle responsabilità	Pag. 7/15
Allegati	

1. SCOPO/OBIETTIVO

Questa procedura descrive la modalità operativa e fornisce la modulistica necessaria in caso di:

- sostituzione formale temporanea del Direttore Tecnico di Farmacia, ai sensi della L. 475/1968 e s.m.i., sia per farmacie a gestione individuale che a gestione societaria;
- sostituzione del Direttore tecnico per farmacie gestite da una società qualora venga a verificarsi interruzione del rapporto del Direttore con la società (es. cessazione del rapporto di lavoro se farmacista non socio, cessione di quote in caso di farmacista socio, ...).

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in caso di sostituzione del Direttore tecnico nelle seguenti casistiche:

a) **Sostituzione formale temporanea del Direttore tecnico sia per farmacie a gestione individuale che societaria, ai sensi della L. 475/1968 e s.m.i. (Modalità operativa 5.a):**

Ai sensi dell'art. 11 della L. 475/1968 e s.m.i., la sostituzione temporanea nella Direzione tecnica con altro farmacista è prevista nei casi di seguito elencati:

- a) per infermità;
- b) per gravi motivi di famiglia;
- c) per gravidanza, parto ed allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i nove mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) per servizio militare;
- f) per chiamata a funzioni pubbliche elettive o per incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) per ferie.

Nei casi previsti dalle lettere a), c), d), e) ed f) deve essere allegata la documentazione comprovante infermità, gravidanza e allattamento, adozione o affido di minore, funzioni pubbliche etc.

NOTE:

Nel caso previsto dalla lettera **a)**, la ASL competente per territorio, trascorsi tre mesi di malattia, ha facoltà di sottoporre il Farmacista a visita medica, a seguito della quale viene fissata la data di riassunzione della gestione della farmacia.

La durata complessiva della sostituzione per infermità non può superare un periodo continuativo di cinque anni, ovvero di sei anni per un decennio.

Due periodi di sostituzione temporanea agli effetti del periodo massimo previsto al punto che precede non si sommano quando tra essi intercorre un periodo di gestione personale superiore ad un mese.

La durata della sostituzione per gravi motivi di famiglia non può superare un periodo di tre mesi in un anno.

- ➡ La sostituzione formale temporanea nella Direzione della farmacia in caso di ditta individuale può essere affidata ad altro farmacista purché iscritto all'Ordine Professionale (L. 475/1968, art. 11).

- ➡ In caso di farmacie a gestione societaria, il Direttore tecnico, qualora si verificano a suo carico le condizioni sopra elencate, è sostituito da un farmacista iscritto all'Ordine Professionale ed in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12 della L. 475/1968 e s.m.i.

b) Sostituzione del Direttore tecnico in caso di farmacie gestite da società (Modalità operativa 5.b):

Nelle farmacie a gestione societaria, oltre alla sostituzione formale temporanea nelle casistiche previste dalla vigente normativa e sopra elencate, può essere prevista la sostituzione nella Direzione tecnica, qualora si verifichi a carico del Direttore cessazione del rapporto di lavoro (se farmacista non socio), cessione di quote societarie (se farmacista socio) o altre eventuali casistiche che dovranno essere valutate. In tal caso, ai sensi della L. 124/2017, la Direzione può essere affidata ad un farmacista iscritto all'Ordine Professionale ed in possesso del requisito dell'idoneità come sopra specificato, fornendo la documentazione atta a giustificare la richiesta di variazione del Direttore tecnico (es. atto notarile di cessione delle quote).

3. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFICI

- Regio Decreto del 27/07/1934, n. 1265, "Testo Unico delle Leggi Sanitarie";
- Legge 2 aprile 1968, n. 475, "Norme concernenti il servizio farmaceutico";
- Legge 8 novembre 1991, n. 362, "Norme di riordino del settore farmaceutico";
- Legge 4 agosto 2017, n. 124, "Legge annuale per il mercato e la concorrenza";
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";
- D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679. (codice in materia di dati personali).

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

UOC: Unità Operativa Complessa

ASL: Azienda Sanitaria Locale

PEC: Posta Elettronica Certificata

DPR: Decreto Presidente della Repubblica

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.a Modalità operative sostituzione formale temporanea del Direttore tecnico sia per farmacie a gestione individuale che societaria, ai sensi della L. 475/1968 e s.m.i.

- Qualora si verifichi una delle condizioni previste dall'art. 11, comma 2 della L. 475/1968 e s.m.i., il Titolare o Rappresentante Legale, se trattasi di società, invia l'istanza di cui all'**Allegato 1** all'Azienda ASL di Frosinone – UOC Farmacia, a mezzo PEC agli indirizzi protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it, e per conoscenza all'Ordine

dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, con allegati i relativi documenti elencati al punto 6.a della presente procedura,.

- Il Dirigente Farmacista preposto acquisita la domanda, controlla la documentazione e richiede eventuali documenti e/o dati mancanti.
- Preso atto che nulla oppone alla sostituzione formale temporanea del Direttore Tecnico, il Dirigente Farmacista, provvede all'aggiornamento di anagrafica sulla piattaforma DCROnline e sul portale Sogei, inviando al Direttore tecnico individuato, a mezzo pec, le nuove credenziali per l'accesso al portale Sogei.
- Il Dirigente Farmacista invia la documentazione al Servizio Farmaceutico del Distretto di afferenza della sede stessa per l'alimentazione del corrispondente fascicolo della farmacia.
- Terminato il periodo indicato per la sostituzione, la Direzione Tecnica viene riaffidata al Direttore Tecnico individuato con conseguente aggiornamento della piattaforma DCROnline e del portale Sogei da parte del Dirigente Farmacista preposto.

5.b Modalità operative sostituzione del Direttore tecnico in caso di farmacie gestite da società

- La sostituzione nella Direzione tecnica di una farmacia a gestione societaria, in caso di cessazione del rapporto di lavoro (se farmacista non socio) o cessione di quote societarie (se farmacista socio) prevede la presentazione di un'istanza di presa d'atto all'Autorità Sanitaria competente per territorio (Comune) (**Allegato 2**), in bollo, da parte del Rappresentante Legale, con allegati i relativi documenti elencati al punto 6.b della presente procedura.
- Tale istanza deve essere inviata, altresì, all'Azienda ASL di Frosinone – UOC Farmacia a mezzo pec agli indirizzi protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it, e per conoscenza all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, corredata degli stessi documenti, unitamente agli estremi di protocollazione della domanda inviata al Comune.
- Il Dirigente Farmacista preposto acquisita la domanda, controlla la documentazione e richiede eventuali documenti e/o dati mancanti.
- Il Comune interessato, presa visione di quanto ricevuto, emette e notifica il documento di presa d'atto della variazione del Direttore tecnico al Rappresentante Legale tramite decreto originale che deve essere, altresì, notificato in copia conforme alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia a mezzo PEC agli indirizzi protocollo@pec.aslfrosinone.it e farmaconv@pec.aslfrosinone.it.
- La UOC Farmacia, acquisito il Decreto di cui sopra, provvede all'aggiornamento di anagrafica sul portale SOGEI e sul Sistema DCROnline, inviando al Direttore tecnico individuato, a mezzo pec, le nuove credenziali per l'accesso al portale Sogei.
- Il Dirigente Farmacista invia la documentazione al Servizio Farmaceutico del Distretto di afferenza della sede stessa per l'alimentazione del corrispondente fascicolo della farmacia.
- La UOC Farmacia provvede, inoltre, a trasmettere il Decreto di presa d'atto per conoscenza e seguito di competenza a:

- Ministero della Salute – Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico – Sede Centrale Viale Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma, PEC: dgfdm@postacert.sanita.it;
- Direzione Regionale delle entrate per il Lazio – via G. Capranesi, 54 – 00155 Roma,
- PEC: dr.lazio.gtpec@pce.agenziaentrate.it;
- Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone, PEC: ordinefarmacistifr@pec.fofi.it;

- Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Farmaci e Dispositivi via R.R. Garibaldi 45 - Roma, PEC: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it.

6. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA ASL

6.a Sostituzione formale temporanea del Direttore tecnico sia per farmacie a gestione individuale che societaria, ai sensi della l. 475/1968 e s.m.i.

Il Titolare/Rappresentante Legale invia l'istanza alla ASL di Frosinone – UOC Farmacia (**Allegato 1**) con la seguente documentazione, allegata nell'ordine che segue:

1. *"Autocertificazione possesso titoli per l'esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia"* (**Allegato 3**);
2. *"Informativa/Consenso al trattamento dati personali "* (**Allegato 4**);
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Direttore temporaneamente incaricato;
4. Documentazione comprovante la sostituzione di cui ai punti a, c, d, e, f, sopra specificati.

6.b Sostituzione del Direttore tecnico in caso di farmacie gestite da società

Il Rappresentante Legale invia l'istanza (**Allegato 2**) con la seguente documentazione, allegata nell'ordine che segue:

1. Estremi di protocollazione (o ricevuta PEC) dell'istanza inviata al Comune;
2. *"Autocertificazione possesso titoli per l'esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia"* (**Allegato 3**);
3. *"Informativa/Consenso al trattamento dati personali "* (**Allegato 4**);
4. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Direttore incaricato;
5. Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia da parte del Direttore Tecnico (**Allegato 5**);
6. Documentazione comprovante la necessità di sostituzione del Direttore tecnico (es. documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro o la cessione di quote societarie).

7. TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

7.a Sostituzione formale temporanea del Direttore tecnico sia per farmacie a gestione individuale che societaria, ai sensi della L. 475/1968 e s.m.i.

Nel caso di sostituzioni formali temporanee previste alle lettere c) d) e) f) e g), l'istanza deve essere trasmessa **almeno 15 giorni prima** dalla data dell'avvio della sostituzione.

Nei casi previsti dalle lettere a) e b), l'istanza deve pervenire con anticipo di **almeno 3 giorni** dalla decorrenza, ad esclusione dei casi di assenza improvvisa non programmabile per i quali la comunicazione, con effetto retroattivo, deve pervenire entro tre giorni dalla decorrenza, con atto sottoscritto dal Titolare/Rappresentante Legale, unitamente alla documentazione che giustifica la sostituzione (art. 14 DPR 1275/71). Per l'avvenuta comunicazione fa fede la data di ricezione della comunicazione via pec.

7.b Sostituzione del Direttore tecnico in caso di farmacie gestite da società

In tale casistica, la presentazione della domanda deve pervenire **almeno 15 giorni prima** della data presunta di variazione del Direttore tecnico, precisando che la stessa sarà ritenuta accettata solo se compiutamente compilata e corredata da tutti gli allegati previsti.

8. ARCHIVIAZIONE

La documentazione relativa alla sostituzione formale temporanea del Direttore tecnico di farmacia viene archiviata e conservata nel fascicolo relativo alla sede farmaceutica. I dati circa il periodo di sostituzione vengono, altresì, trascritti in apposito registro tenuto presso la UOC Farmacia – Azienda ASL Frosinone, per l'aggiornamento dello stato di servizio dei farmacisti dipendenti.

9. REFERENTI

Direttore UOC Farmacia:
Dott. Fulvio Ferrante
Tel: 0775/8822304 mail: uocfarmacia@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:
Dott.ssa Sabrina Crescenzi
Tel: 0775/8822303 mail: sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:
Dott.ssa Alessandra Iadecola
Tel: 0775/8822458 mail: alessandra.iadecola@aslfrosinone.it

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:
Dott.ssa Loretta Conflitti
Tel: 0776/8294210 mail: loretta.conflitti@aslfrosinone.it

10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIRIGENTE FARMACISTA UOC FARMACIA	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Acquisizione documentazione	A	R
Controllo e richiesta integrazioni documentazione	A	R
Acquisizione decreto presa d'atto	A	R
Aggiornamento piattaforme e trasmissione codici SOGEI al Direttore Farmacia	A	R
Invio documentazione al Servizio Farmaceutico del Distretto di afferenza	A	R
Trasmissione Decreto di presa d'atto a organi competenti	A	R
Trascrizione dei dati nei fascicoli	A	R
Archiviazione	A	R

R = Responsible (Responsabile esecutivo); A = Accountable (Supervisore del lavoro del Responsible)



ALLEGATI

1. *“Comunicazione/richiesta di autorizzazione sostituzione temporanea Direttore Farmacia” (Allegato 1, Modalità operativa 5.a);*
2. *“Comunicazione di nomina direttore di farmacia/richiesta di presa d’atto” (Allegato 2, Modalità operativa 5.b);*
3. *“Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia” (Allegato 3);*
4. *“Informativa/consenso sul trattamento dei dati personali” (Allegato 4);*
5. *“Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia da parte del Direttore Tecnico” (Allegato 5).*

ALLEGATO 1

Spett.le Azienda ASL di Frosinone
U.O.C. Farmacia
Via A. Fabi snc 03100 Frosinone
Pec: farmaconv@pec.aslfrosinone.it
protocollo@pec.aslfrosinone.it
e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone
Pec: ordinefarmacistifr@pec.fofi.it

COMUNICAZIONE/RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE SOSTITUZIONE TEMPORANEA DIRETTORE FARMACIA

Il sottoscritto Dr. _____ in qualità di Titolare/Rappresentante Legale
della Farmacia _____ sita in _____
Via _____ Codice Regionale _____

CHIEDE

con la presente, l'autorizzazione alla sostituzione formale temporanea nella conduzione professionale della farmacia
(assenza del titolare/direttore oltre tre giorni) per la seguente motivazione (art. 7 e 11 legge 362/91):

- a) Infermità;
- b) gravi motivi di famiglia;
- c) gravidanza, parto e allattamento, nei termini e con le condizioni di cui alle norme sulla tutela della maternità;
- d) a seguito di adozione di minori e di affidamento familiare per i 9 mesi successivi all'effettivo ingresso del minore nella famiglia;
- e) servizio militare;
- f) chiamata a funzioni pubbliche elettive o incarichi sindacali elettivi a livello nazionale;
- g) ferie.

per il periodo dal _____ al _____
con il/la Dr/Dr.ssa _____ nat_ a _____
il _____ C.F. _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
_____ al n. _____ tel/cell. _____

Si allegano

1. Autocertificazione possesso dei titoli per l'esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia del Direttore incaricato (**Allegato 3**);
2. Informativa/Consenso al trattamento dati personali (**Allegato 4**);
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Direttore incaricato;
4. Documentazione comprovante la sostituzione di cui ai punti a, c, d, e, f, sopra specificati.

In fede

Luogo e data

FIRMA PER ACCETTAZIONE FARMACISTA

FIRMA TITOLARE/RAPPRESENTANTE LEGALE

ALLEGATO 2

Al Sindaco del Comune di _____

Spett.le Azienda ASL di Frosinone

U.O.C. Farmacia

Via A. Fabi snc 03100 Frosinone

Pec: farmaconv@pec.aslfrosinone.itprotocollo@pec.aslfrosinone.it

e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone

Pec: ordinefarmacistifr@pec.fofi.it**COMUNICAZIONE DI NOMINA DIRETTORE DI FARMACIA/RICHIESTA DI PRESA D'ATTO**

Il/La sottoscritt _____ nat ____ a _____ Prov. _____
 il _____ Codice Fiscale _____
 residente in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
 Tel _____ Cell. _____
 mail _____ pec _____
 in _____ qualità _____ di _____ Titolare/Rappresentante _____ Legale _____ della _____ Farmacia _____
 P.IVA _____ con sede in _____ Via/Piazza _____
 n. _____, pec _____, tel. _____
 autorizzazione n. _____ del _____ rilasciata da _____

Consapevole che la nomina prevede anche l'assegnazione delle credenziali SOGEI da parte della ASL, dichiara che ogni modifica sarà comunicata prontamente a Codesti Spettabili Uffici in tempi utili per lo svolgimento di tutte le procedure amministrative compreso quelle relative ai suddetti adempimenti.

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

COMUNICA ai sensi dell' art. 7 comma 3, L. 362/91 e s.m.i.

che dal giorno ____/____/____ la Direzione della Farmacia è affidata al Dr/Dr.ssa _____
 nat a _____ il _____
 C.F. _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n. _____ iscritt_ all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di _____
 al n. _____
 tel cell _____
 ed in possesso dei requisiti di idoneità di cui alla l. 362/91 art. 7 c. 3, che acconsente alla nomina di Direttore della Farmacia suddetta.

CHIEDE

al Sindaco del Comune di _____ il provvedimento di presa d'atto del cambio di Direzione
 Tecnica della suddetta sede farmaceutica con esercizio in Via/Piazza _____.

A tal fine si allega alla presente la necessaria documentazione:

1. Estremi di protocollazione (o ricevuta PEC) dell'istanza inviata al Comune;
2. *Autocertificazione possesso titoli per l'esercizio professionale farmacista e possesso requisiti per idoneità titolarità farmacia del Direttore incaricato (Allegato 3);*
3. *Informativa/Consenso al trattamento dati personali (Allegato 4);*
4. Copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale del Direttore incaricato;
5. *Atto di nomina e di accettazione della direzione della farmacia da parte del Direttore Tecnico (Allegato 5);*
6. Documentazione comprovante la necessità di sostituzione del Direttore tecnico (es. documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro o la cessione di quote societarie).

In fede

Luogo e data

Firma

ALLEGATO 3

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONALE FARMACISTA E
POSSESSO REQUISITI PER IDONEITÀ TITOLARITÀ FARMACIA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, residente
a _____ in Via/Piazza
_____ n. _____ codice fiscale
_____ documento n° _____ rilasciato da
_____ in data _____
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 veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in _____
conseguita presso l'Università di _____
in data _____;
- di essere abilitato all'esercizio della Professione di _____
avendo superato l'Esame di Stato presso l'Università di _____
nell'anno _____;
- di essere iscritto all'Albo Provinciale dell'Ordine dei Farmacisti di _____
dal _____ al n. _____;
- di essere in possesso del requisito di idoneità (obbligatorio solo in caso di sostituzione del Direttore tecnico di farmacia a gestione societaria):
 - ☐ idoneità ad un concorso (specificare): _____
 - ☐ pratica professionale (specificare nel seguito i periodi lavorativi e presso quali sedi farmaceutiche sono stati svolti): _____

Luogo e data _____

Firma _____

ALLEGATO 4

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 _____ Prov. _____ Via _____ n. _____
Tel _____ Cell. _____
mail _____ in qualità di _____

- ☐ Rappresentante Legale
- ☐ Socio
- ☐ Titolare
- ☐ Direttore Tecnico
- ☐ Gestore provvisorio
- ☐ Collaboratore

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,

_____, lì ____/____/____

Firma

Validato dal Responsabile Aziendale Unità Privacy - DPO Dott. Carlo Baldesi

ALLEGATO 5**ATTO DI NOMINA E DI ACCETTAZIONE DEL DIRETTORE TECNICO**

(Art. 7 comma 3 Legge 362/1991 così come modificato dall'art. 1 c. 157 lettera c) Legge 4 agosto 2017 n. 124
*"La direzione della farmacia gestita dalla società è affidata a un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità
 previsto dall'art. 12 della Legge 2 aprile 1968 n. 475 e successive modificazioni che ne è responsabile"*)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____ in qualità di
 Rappresentante _____ Legale _____ della _____ Società
 _____ P.IVA
 _____ Sita in _____
 Via /Piazza _____ n. _____

AFFIDA

la Direzione della Farmacia _____ al
 Dott./Dott.ssa _____ iscritt_ all'Albo Professionale dei Farmacisti di
 _____ al n. _____ dal _____ ed in possesso del requisito di
 idoneità conseguito a seguito di:

☐ concorso (specificare):

☐ pratica professionale (specificare nel seguito i periodi lavorativi e presso quali sedi farmaceutiche sono
 stati svolti):

Consapevole che la nomina prevede anche l'assegnazione delle credenziali SOGEI da parte della ASL, dichiara che ogni
 modifica sarà comunicata prontamente a Codesti Spettabili Uffici in tempi utili per lo svolgimento di tutte le
 procedure amministrative comprese quelle relative ai suddetti adempimenti.

Luogo e data

Il Farmacista Direttore

(per accettazione, presa visione ed autorizzazione al
 trattamento dei propri dati personali ai sensi D.Lvo 196/03
 per accettazione della direzione della farmacia)

Il Rappresentante Legale
