

A/4

**DELEGA ALL'INVIO DEI DATI DI CUI ALL'ART. 50 DELLA LEGGE 326/2003 E ALL'ART. 8 DEL D.P.R. 371/1998 NONCHÉ ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' STRUMENTALI E CONNESSE**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a

..... provincia di |\_|\_| il |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Titolare/Direttore responsabile della farmacia .....

sita in Via/Piazza .....

identificata per i rapporti con il Servizio sanitario regionale con il codice |\_|\_|\_|\_|\_|

**DELEGA**

L'Associazione Titolari di Farmacia della provincia di Foggia, con sede in Foggia, affinché provveda a collegarsi, in nome e per conto del sottoscritto, alla rete telematica del Ministero dell'Economia e delle Finanze e a trasmettere i dati che mensilmente il sottoscritto fornirà al fine dell'adempimento agli obblighi previsti dall'art. 50 della legge 326/2003 e ad inviare i dati previsti dal comma 2 dell'art. 8 della Convenzione farmaceutica resa esecutiva con il D.P.R. 371/1998, nonché a svolgere tutte le attività connesse e strumentali.

Il sottoscritto comunica che le proprie credenziali di accesso al servizio SistemaTS sono le seguenti

**Parola chiave** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Password** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Pincode** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Codice Identificativo** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**User-id** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|@sanita

Tali credenziali potranno essere utilizzate esclusivamente per l'attività sopra descritta e l'ente delegato sarà responsabile di eventuali utilizzi impropri.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che la legge fissa al giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta il termine per l'invio dei dati al MEF e delle caratteristiche tecniche che i dati devono possedere per consentire il corretto e completo invio dei dati. Pertanto, si impegna a far pervenire i dati secondo gli standard indicati da Federfarma, entro e non oltre 5 giorni precedenti tale termine. In caso contrario manleva i destinatari della presente delega da qualsiasi responsabilità relativa alla tardiva, incompleta ovvero mancata trasmissione dei dati stessi.

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

FIRMA

**TUTELA DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 11 E 13 DEL D.Lgs 196/2003**

1. La raccolta dei Suoi dati personali ed i relativi trattamenti hanno natura obbligatoria in relazione all'esercizio della delega sopra riportata.
2. I dati vengono raccolti per consentire le attività indicate nella delega.
3. I dati sono organizzati in modo tale che l'accesso agli stessi è consentito al solo personale espressamente incaricato dal titolare e/o dal responsabile del trattamento. Le operazioni di modifica dei dati contenuti nella banca dati sono consentite esclusivamente al titolare della banca dati, al responsabile e al personale espressamente incaricato del trattamento.
4. Ai fini del corretto trattamento dei dati è necessario che Lei comunichi tempestivamente le eventuali variazioni dei suoi dati personali all'Associazione Titolari di Farmacia della provincia di Foggia.
5. I Suoi dati personali potranno essere comunicati agli enti destinatari dei dati secondo quanto previsto dalla sopra indicata delega e dalla normativa citata.
6. Lei potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, fermo restando che in caso di richiesta di cancellazione del nominativo dalla banca dati anagrafica, si renderà impossibile l'effettuazione di qualsiasi attività a favore o nell'interesse del richiedente.
7. E' autonoma titolare del trattamento l'Associazione Titolari di Farmacia della provincia di Foggia con sede in Foggia, Via A.Gramsci, 103 – fax 0881619971- E-mail atfoggia@tin.it
8. La sottoscrizione in calce esprime il consenso al trattamento dei dati personali comunicati per le finalità indicate nella sopra riportata informativa.

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

FIRMA