**Al Direttore Generale**

**ATS BRIANZA**

**Sede Legale e territoriale:**

**V.le Elvezia, 2 – MONZA**

**Sede territoriale:**

**C.so Carlo Alberto, 120 - Lecco**

|  |
| --- |
| Marca da bollo o telematica (art. 1, comma 596, della legge 27 dicembre 2013, n. 147) |

**OGGETTO : Istanza di proroga per il riconoscimento titolarità e autorizzazione all’apertura ed esercizio di Farmacia a seguito di concorso pubblico straordinario indetto da Regione Lombardia con DDGS n. 9986 del 8/11/2012.**

Io sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa …………………………………………………………………… nato/a a ………………..…..……….…….. il ……………………………... Codice Fiscale ……………………………………………………………… residente a ……………………………………………………… via ……………………...………………..…….. n. …..…

Documento di riconoscimento numero ……………………………. Con scadenza ………………………. Rilasciato da ………………………………………….

Iscritto al concorso con domanda prot …………………………………….. considerata l'assegnazione definitiva della sede n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La concessione di una proroga all’autorizzazione all’apertura fino al ………………. (la data non può essere superiore ai sei mesi rispetto a quanto stabilito dalla nota regionale di assegnazione della farmacia).

La proroga viene richiesta per i seguenti motivi ( non imputabili all’ assegnatario):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* documentazione a supporto di quanto sopra dichiarato
* copia del documento di identità datato e firmato.

………………………………………, ………………………………….

 *(luogo) (data)*

………………………………………………………………….

 *(firma)*

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE -** Si informa che:

* tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza saranno trattati per le finalità istituzionali e per le finalità consentite dalla legge nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali 679/2016 dell’Unione Europea;
* il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatico-digitali;
* il Titolare del trattamento dei dati personali è l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza (Sede Legale: Viale Elvezia, 2 - 20900 – Monza Tel. 039/23841 - Sede Territoriale: C.so Carlo Alberto, 120 – 23900 Lecco - Tel. 0341/482111);
* l’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento UE 679/2016, ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it ;
* l’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 è reperibile presso l’ATS e/o consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo: [https://www.ats-brianza.it](https://www.ats-brianza.it/it/altri-contenuti/271-altri-contenuti-dati-ulteriori.html#privacy) - *Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori – 2.4.7 Privacy;*
* il Data Protection Officer (*Art. 37 Reg. 679/2016*) nominato dall’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Brianza è il **Dott. Luigi Recupero**, individuato dalla Società LTA S.r.l. (Sede: Vicolo delle Palle, 25 - Roma - Cap 00186 - P.IVA 14243311009).

………………………………………, ………………………………….

 *(luogo) (data)*

 …………………………………

 *(firma)*