 **Al Direttore Generale**

 **ATS della Brianza**

 **Viale Elvezia, 2**

 **20900 Monza (MB)**

PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it

**DICHIARAZIONE DI RINUNCIA ALLA VENDITA ON LINE DI MEDICINALI**

**(EX ART. 112-QUATER D.Lgs. 219/2006 – Circolare Ministero della Salute DGDMF 3799-P-26/01/2016)**

Il/La sottoscritto/a .…………………………………………………………………………

Nato/a a………………………………….………………il…………………………………

e residente a………………………………………..in via………………………………………….

In qualità di:

□ Titolare/Direttore di Farmacia/Legale Rappresentante

□ Legale rappresentante di esercizio commerciale di cui all’art. 5 c.1 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla L. n. 248 del 04/08/2006

denominata/o ………………………………………………………………………………………..

già autorizzata alla vendita on line di medicinali senza obbligo di prescrizione medica, con Determina ATS n. ……. del……..

**DICHIARA**

di rinunciare alla vendita on line di medicinali previsti dall’art. 112 quater D.Lgs 219/2006 e

al logo identificativo previsto dal Decreto del Ministero della salute 6 luglio 2015 pubblicato in G.U. n.19 del 25/01/2016

 a far data dal …………………………….. .

A tale fine, consapevole di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e mendaci

DICHIARA CHE:

1. La Farmacia/sito commerciale è in possesso di partita iva n. ………………………………………… .
2. La Farmacia/sito commerciale si trova in via………………………………n……………

Comune di…………………………………………………

1. La farmacia/esercizio commerciale è in possesso del codice univoco n… ……………………………..…………… assegnato dal Ministero della Salute.
2. L’indirizzo del sito web completo utilizzato per la vendita on line di medicinali è il seguente …..………………………………………………………………………………
3. Le informazioni identificative del sito sono le seguenti:

 Dati del registrante ……………………………………………………………………

E-mail …………………………………………………………………………………….

 Telefono …………………………………………………………………………………

Indirizzo sede legale ………………………………………………………………......

 Contatto amministrativo del sito *(nome e cognome)* ……………………………….

Data…………………………..…….. Firma………………………………

Si allega:

* Copia fotostatica del documento di identità del sottoscrittore datata e firmata;

**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 la società LTA S.r.l. (Sede: Via della Conciliazione, 10 - Roma - Cap 00193 - P.IVA 14243311009), individuata a seguito dell’espletamento di una procedura di gara; referente per il DPO è il dott. Luigi Recupero, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti: E-mail: protocollo@ats-brianza.it – PEC: protocollo@pec.ats-brianza.it.

**Data…………………………..…….. Firma………………………………..**