

Alla

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**Servizio politiche sanitarie e per la non autosufficienza**

Via Gilli, 4

38121 - TRENTO - TN

serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DELLE FARMACIE DI CONFINE
AUTORIZZATE AD EROGARE FARMACI AI RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO**
(D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371, articolo 2, comma 4)

Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____

nato a _____ provincia (____) il ____/____/____

residente a _____ provincia (____) cap _____

indirizzo _____ n. civico _____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC) _____

n. telefono _____ n. cellulare _____ n. fax _____

(se la domanda è presentata da una persona giuridica)

nella sua qualità di:

☐ titolare dell'impresa individuale☐ legale rappresentante della società

(indicare la corretta denominazione)

codice farmacia _____

con sede _____ CAP _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

indirizzo di posta elettronica/posta elettronica certificata (PEC)



CHIEDE

l'inserimento nell'elenco delle farmacie di confine autorizzate ad erogare farmaci ai residenti in provincia di Trento in base al protocollo d'intesa stipulato tra la Provincia autonoma di Trento e

- ☐ Regione Lombardia
- ☐ Regione Veneto
- ☐ Provincia autonoma di Bolzano

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- ☐ che la farmacia è ubicata in zona di confine, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371.

(la seguente dichiarazione è facoltativa)

- ☐ Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

In caso di domanda/dichiarazione trasmessa tramite sito web o portale, non serve la sottoscrizione, ma il soggetto deve preventivamente identificarsi attraverso SPID (sistema pubblico per la gestione dell'identità digitale di cittadini e imprese), CIE (carta d'identità elettronica), CNS (carta nazionale dei servizi) o CPS (carta provinciale dei servizi).

Si allega la seguente documentazione:

- ☐ Informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 sul trattamento dei dati personali debitamente sottoscritta;
- ☐ fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto).

Modello aggiornato
06.03.2025

INFORMATIVA EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE n. 679 del 2016

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito il "Regolamento") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

In osservanza del principio di trasparenza previsto dagli artt. 5 e 12 del Regolamento, la Provincia autonoma di Trento Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento (rispettivamente, raccolta dati presso l'Interessato e presso terzi).

Titolare del trattamento dei dati personali è la Provincia autonoma di Trento (di seguito, il "Titolare"), nella persona del legale rappresentante (Presidente della Provinciale in carica), Piazza Dante n. 15, 38122 – Trento, tel. 0461.494602, fax 0461.494603

e-mail direzione generale@provincia.tn.it, e-mail pec direzione generale@pec.provincia.tn.it.

Preposto al trattamento è il Dirigente *pro tempore* del Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza; i dati di contatto sono: indirizzo Via Gilli n. 4 - Trento, tel. 0461.494165, fax 0461.494109, e-mail serv.politsanitarie@provincia.tn.it. Il Preposto è anche il **soggetto designato per il riscontro** all'Interessato in caso di esercizio dei diritti ex artt. 15 – 22 del Regolamento, di seguito descritti.

I dati di contatto del **Responsabile della protezione dei dati (RPD)** sono:

piazza Dante n. 15 - 38122 – Trento, tel. 0461.494671

e-mail privacy@provincia.tn.it (indicare, nell'oggetto: "Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE").

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato al rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e, in particolare, ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, di limitazione della conservazione, nonché di minimizzazione dei dati in conformità agli artt. 5 e 25 del Regolamento.

1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati

☒ sono stati raccolti presso l'Interessato (Lei medesimo).

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il principio di minimizzazione prevede come possano essere raccolti e trattati soltanto i dati personali pertinenti e non eccedenti alle specifiche finalità del trattamento.

Il principio di limitazione della conservazione consiste nel mantenere i dati in una forma che consente l'identificazione degli Interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità, salvo casi eccezionali.

Anche per tali ragioni, nonché nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento, di seguito Le indichiamo specificamente la **finalità del trattamento** e la **base giuridica** che consente il trattamento dei Suoi dati:

per l'**esecuzione di un compito di interesse pubblico** di cui è investito il Titolare (art. 6.1, lett. e), del Regolamento) e, in particolare per l'inserimento nell'elenco delle farmacie di confine autorizzate ad erogare farmaci ai residenti in Provincia di Trento, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2, comma 4, del D.P.R. 8 luglio 1998, n. 371.

Il conferimento dei Suoi dati personali è obbligatorio per le finalità di cui sopra e per tutte quelle ausiliarie e connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive); il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di corrispondere alla richiesta connessa alla specifica finalità.

Per massima chiarezza, Le precisiamo che, essendo fondato sulle predette basi giuridiche, non è quindi necessario il Suo consenso al trattamento di tali dati personali.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti automatizzati (informatici/elettronici) con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi.

I Suoi dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, dal personale dipendente debitamente istruito e, in particolare, da Preposti al trattamento (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati.

Sempre per le finalità indicate, i Suoi dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali (ad esempio fornitori di servizi informatici: Trentino Digitale SpA nonché dipendenti provinciali) per il Titolare, che

prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati **Responsabili del trattamento** ex art. 28 del Regolamento. L'elenco aggiornato dei Responsabili è consultabile al sito www.provincia.tn.it.

4. PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONE

È esclusa l'esistenza di un processo decisionale basato su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione.

5. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI (CATEGORIE DI DESTINATARI)

La informiamo che i Suoi dati saranno comunicati alle seguenti categorie di destinatari:

- Regione o Provincia autonoma di appartenenza;
- Servizio Politiche del Farmaco e assistenza farmaceutica dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari;

per gli adempimenti che derivano dall'inserimento nell'elenco delle farmacie di confine autorizzate ad erogare farmaci ai residenti in Provincia di Trento.

I Suoi dati personali non saranno diffusi

6. TRASFERIMENTO *EXTRA* UE

I dati personali non saranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

In osservanza del succitato principio di limitazione della conservazione, Le comunichiamo che il periodo di conservazione dei Suoi dati personali è di durata pari a quella dell'inserimento nell'elenco delle farmacie di confine autorizzate ad erogare farmaci ai residenti in Provincia di Trento, per i dati diversi da quelli compresi nelle "particolari categorie", dalla raccolta dei dati stessi.

Trascorso tale termine i dati saranno cancellati, fatta salva la facoltà del Titolare di conservarli ulteriormente per trattarli a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica, o storica, o a fini statistici.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei potrà esercitare, nei confronti del Titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento.

In base a tale normativa Lei potrà:

- chiedere l'accesso ai Suoi dati personali e ottenere copia degli stessi (**art. 15**);
- qualora li ritenga inesatti o incompleti, richiederne, rispettivamente, la rettifica o l'integrazione (**art. 16**);
- se ricorrono i presupposti normativi, richiederne la cancellazione (**art. 17**) o esercitare il diritto di limitazione (**art. 18**);
- se ricorrono i presupposti normativi, opporsi al trattamento dei Suoi dati (compresa l'eventuale profilazione) in qualsiasi momento, per motivi connessi alla Sua situazione particolare (**art. 21**).

Ai sensi dell'**art. 19**, nei limiti in cui ciò non si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato, il Titolare comunica a ciascuno degli eventuali destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le rettifiche, o cancellazioni, o limitazioni del trattamento effettuate; qualora Lei lo richieda, il Titolare Le comunicherà a tali destinatari.

In ogni momento, inoltre, Lei ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

data e firma _____