**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DI INCARICO DELLA PERSONA
RESPONSABILE (DIRETTORE TECNICO) DI INGROSSO O DEPOSITO DI FARMACI
MEDICINALI PER USO UMANO**

(D.L.vo 219 del 24 aprile 2006 – D.P.R. 309/90)

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente in _____ via _____ n. _____
laureato in _____ il _____ iscritto all'Ordine dei Farmacisti
della Provincia di _____ al n. _____ dal _____

DICHIARA

di accettare, assumendone tutte le relative responsabilità l'incarico di Persona Responsabile della
Ditta/Società _____ presso la sede di _____
prov. di _____ via _____ n. _____, impegnandosi alla
presenza nella sede indicata a carattere continuativo durante l'arco della giornata, e
compatibilmente con le necessità derivanti dalle dimensioni dell'attività di distribuzione
espletata.

Data _____

Firma

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza dell'informativa sul trattamento e utilizzo di dati
personali di cui al D.Lgs n.196/2003 e di esprimere il consenso affinché i dati personali forniti
possano essere trattati dal titolare del trattamento anche con strumenti informatici per gli
adempimenti connessi alla procedura.

Data _____

Firma