

Modulo incarico utente /farmacia cambio medico- minori

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____ Via _____,
CF _____,

e

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____,
residente in _____ Via _____,
CF _____,

nella qualità di genitori esercenti la potestà sul minore _____,
nato a _____ il _____, residente in _____
Via _____, CF _____

Oppure nella qualità di _____

da/danno incarico ad ogni effetto di legge

alla farmacia _____ sita in _____
_____ via _____

di effettuare il cambio medico del figlio/a o _____ minore tramite accesso all'anagrafe dell'Asp di Messina, giusto Protocollo d'intesa sottoscritto il 16.07.2021 tra Asp di Messina e Federfarma Messina, avendo la farmacia aderito allo stesso ed essendo in possesso delle credenziali di accesso.

- Sono consapevole che il costo del servizio per il cambio medico è pari a € 6,50 oltre iva per ogni accesso ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa.

Data _____

Firma _____

Firma _____

Allegano documento di identità.

-Autorizzano altresì la farmacia suddetta al trattamento dei dati secondo la normativa vigente in materia di privacy, DLGS n. 196/2003 e s.m. e Regolamento Europeo Privacy n. 679/2016, e sono consapevoli che il trattamento dei dati avverrà esclusivamente per la finalità di cui in premessa.

Data _____

Firma _____

Firma _____