

Carta intestata Farmacia

Azienda U.S.L. di Bologna

Dott. Alberto Maurizzi
Direttore DAAT -Dipartimento Attività Amministrative
Territoriali

Dr. ssa Elena Magri
Direttore UO Processi Amministrativi dell'Accesso
Dipartimento Attività Amministrative e Territoriali

Poliambulatorio Saragozza – Via Sant'Isaia, 94/a
40123 Bologna (BO)

Oggetto: Richiesta attivazione punto CUP

Io sottoscritto(nome e cognome), nato a _____ il _____, codice fiscale _____, in qualità di titolare e di "responsabile del trattamento dei dati personali " richiedo l'attivazione di un punto CUP all'interno della Farmacia _____, sita in _____ (BO) – Via _____ n. _____ – Partita iva _____, della quale sono il direttore responsabile.

Dichiaro di non essere associata ad alcuna associazione di categoria / essere associato _____.

Dichiaro inoltre di aver predisposto un apposito e adeguato spazio nel locale e allego la scheda tecnica compilata.

Preciso di essere in grado/ non essere in grado di operare utilizzando le procedure CUP (nel caso di utente già abilitato: avendome User Name" _____" e avendo svolto tale attività negli anni passati presso farmacie abilitate) e richiedo per me e un mio collaboratore la possibilità di partecipare a un corso nella prima sessione di formazione che sarà organizzata per avere l'abilitazione.

Comunicherò ogni eventuale variazione delle condizioni di servizio della mia Farmacia che si dovessero verificare.

Rimango in attesa di Vs. favorevole riscontro della presente richiesta e comunque sono a Vs. completa disposizione per qualsiasi dubbio o chiarimento al riguardo ai numeri 051 _____ e cellulare _____ mail _____@_____

Distinti saluti

Bologna, lì _____

Il Titolare della Farmacia

Dr.

(timbro e firma)