

FAC SIMILE MODULO SOTTOSCRIZIONE PER I CLIENTI

Dichiaro di aver preso visione della **Carta del farmaco** elaborata dalla Società italiana di Scienze Farmaceutiche e di condividerne pienamente i contenuti, insieme all'obiettivo di favorire una maggiore e più responsabile consapevolezza nell'impiego delle medicine.

Con la mia firma, autorizzo a inserire il mio nominativo nella lista dei sottoscrittori della **Carta del Farmaco**, pubblicata sul sito www.cartadelfarmaco.it e dichiaro di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, come riportata nel presente modulo.

Nome	Cognome	Comune di residenza	Documento n.	Firma	Data

Le presenti sottoscrizioni alla "Carta del Farmaco" della Sisf sono state raccolte nella farmacia _____ di _____. Si attesta sotto la propria personale responsabilità l'assoluta veridicità dei dati contenuti in questo modulo.

Luogo, data e firma del farmacista

Nota ai sensi del Dlgs n.196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali

- ◆ La raccolta e l'utilizzazione di questi dati ha lo scopo esclusivo di valutare il consenso dei cittadini in ordine ai contenuti della Carta del Farmaco elaborata dalla Società italiana di Scienze farmaceutiche
- ◆ Il conferimento dei dati è assolutamente facoltativo e l'eventuale rifiuto di aderire non comporta alcuna conseguenza
- ◆ Copia dei moduli di adesione alla Carta del Farmaco sarà trasmessa all'Ordine provinciale dei Farmacisti competente per territorio e alla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani, con sede in Roma, via Palestro 75. I dati concernenti i soli **nome, cognome e località di residenza** dei sottoscrittori saranno comunicati anche a Edra medical information & communication, con sede in Milano, Viale Monza 133, al fine esclusivo della loro diffusione sul sito internet di libero accesso www.cartadelfarmaco.it
- ◆ In qualunque momento l'interessato potrà esercitare il diritto di accesso ai dati personali e agli altri diritti previsti dall'art. 7 del Dlgs n.196/2003 (cancellazione, aggiornamento, rettificazione, integrazione dei dati e opposizione al loro trattamento)
- ◆ I titolari del trattamento dei dati sono:
- ◆ la farmacia: _____ via _____ CAP _____ Città _____
l'Ordine provinciale dei Farmacisti di _____ via _____ CAP _____ Città _____
la Federazione Ordini Farmacisti Italiani, via Palestro. 75 00185 ROMA
la società Edra S.p.A., viale Monza, 133 20125 MILANO