

**DOMANDA DI ADESIONE  
DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO  
AL CUP DELLA ASL NAPOLI 2 Nord**

Al Direttore Generale della  
ASL Napoli 2 Nord  
Dr. Antonio D'Amore

   I\_ sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di:  
Titolare della Farmacia privata di \_\_\_\_\_  
o  
Direttore della Farmacia pubblica di \_\_\_\_\_

Preso atto del Protocollo di intesa siglato tra la ASL Napoli 2 Nord e Federfarma Napoli e Assofarm;

Impegnandosi, con la firma apposta in calce al presente accordo, al rispetto delle clausole ivi riportate

**CHIEDE**

- di aderire al Servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche e riscossione delle quote di compartecipazione alla spesa (Ticket) tramite il sistema Centro Unico Prenotazioni in base a quanto previsto dal D.L.vo n° 153 del 3 ottobre 2009;
- il rilascio delle credenziali di accesso al sistema.

A tal fine dichiara, in qualità di legale rappresentate della farmacia, nominato responsabile del trattamento dei dati dall'ASL NA 2 Nord in qualità di titolare, di designare incaricato del trattamento nell'ambito del sistema CUP e CASSA Ticket, i Sigg. \_\_\_\_\_

in conformità a quanto previsto all'art. 83 del D.lvo 196/2003, individuati tra i propri operatori allo scopo da formare,

Il presente contratto ha durata pari a quella del protocollo d'intesa, è escluso il tacito rinnovo, esso sarà adeguato a eventuali modifiche della disciplina Regionale e/o Nazionale e del protocollo di intesa, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dell'accordo stesso.

   I\_ sottoscritt\_ comunica, infine, il seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

Data

Timbro e firma per esteso