

marca da

€ 16,00

All'Ordine dei Farmacisti
Via Carducci, 26
35123 PADOVA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
(nome e cognome)

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ,
DICHIARA (a)

1) di essere nato/a a (b) _____ il _____

2) di essere residente a (c) _____ cap _____ in
via _____

3) di essere cittadino/a (d) _____

4) di avere il seguente codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5) di aver conseguito la laurea in _____ presso l'Università degli

Studi di _____ in data _____ (e)

6) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di farmacista presso l'Università degli

Studi di _____ nella _____ sessione dell'anno _____ (e)

7) di avere il pieno godimento dei diritti civili

8) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

9) di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali

10) di non essere stato iscritto in precedenza all'Albo presso altro Ordine provinciale dei Farmacisti

Ovvero

di essere stato iscritto all'Albo:

- presso l'Ordine dei Farmacisti di _____ dal _____ al _____

- presso l'Ordine dei Farmacisti di _____ dal _____ al _____

e di essere stato cancellato per i seguenti motivi:

rinuncia all'iscrizione (Ordine di _____ data cancellazione _____)

morosità nei confronti dell'Ordine (Ordine di _____ data cancellazione _____)

morosità nei confronti dell'Enpaf (Ordine di _____ data cancellazione _____)

radiazione dall'Albo (Ordine di _____ data cancellazione _____)

altro (Ordine di _____ data cancellazione _____)

INOLTRE, A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

DICHIARA ^(a)

1 - di esercitare la professione di farmacista nell'ambito della circoscrizione dell'Ordine dei farmacisti

di : _____ presso _____

2 - di avere i seguenti precedenti penali: _____

3 - di non trovarsi in posizione di incompatibilità con l'iscrizione all'Albo per la sussistenza di un rapporto di pubblico impiego, in quanto:

non è impiegato/a nella pubblica amministrazione;

OPPURE

è impiegato/a nella seguente pubblica amministrazione:

è inquadrato/a nella qualifica funzionale e riveste il profilo professionale seguenti:

con rapporto di lavoro: a tempo pieno a tempo parziale o definito

e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, non gli/le è vietato l'esercizio della libera professione;

e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, è tenuto/a all'iscrizione all'Albo professionale;

e come tale, in base all'ordinamento a lui/lei applicabile, gli è consentita l'iscrizione all'Albo professionale, nell' "elenco speciale"

E FA DOMANDA

di essere iscritto/a all'Albo professionale di codesto Ordine.

(f) a tal fine dichiara che intende svolgere attività professionale nella circoscrizione dell'Ordine,

INOLTRE, a tal fine

allega la ricevuta del bollettino di pagamento della tassa di concessione governativa (g);

oppure

si impegna a produrre l'attestazione del pagamento della tassa di concessione governativa (h).

(luogo e data)

(firma) (f)

Per comunicazioni istituzionali e professionali, il sottoscritto comunica il proprio numero di cellulare

_____ ed il proprio indirizzo e mail _____

INFORMATIVA

Tali dati verranno acquisiti da questo Ordine e dalla Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (F.O.F.I.) e trattati ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali con le seguenti finalità: per l'invio della newsletter del quotidiano on-line federale, per l'invio delle informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine e della F.O.F.I. nonché per comunicazioni istituzionali e professionali della Federazione e degli Ordini. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma il mancato conferimento non consentirà l'accesso ai servizi.

Autorizzo codesto Ordine provinciale e la F.O.F.I. al trattamento di tali dati personali, che non saranno utilizzati a fini divulgativi, ma esclusivamente per comunicazioni istituzionali e professionali.

(luogo e data)

(firma) (f)

-
- (a) Cancellare le voci che non interessano
 - (b) Per i nati in Italia indicare il Comune di nascita e, tra parentesi, la Provincia. Per i nati all'estero indicare lo Stato estero in cui si è nati.
 - (c) Indicare il Comune alla cui anagrafe l'interessato /a è iscritto/a, con relativo indirizzo.
 - (d) Indicare "italiano/a" oppure lo Stato estero di cui si è cittadini.
 - (e) Indicare luogo e data di laurea - indicare luogo, sessione ed anno di abilitazione.
 - (f) Da barrare se l'interessato/a non ha la residenza nella circoscrizione dell'Ordine e non svolge attualmente attività professionale nella medesima circoscrizione
 - (g) L'iscrizione sarà efficace dalla data della deliberazione del Consiglio, se il pagamento sia stato effettuato prima di tale deliberazione.
 - (h) Ove il pagamento sia successivo alla data di deliberazione del Consiglio, l'iscrizione decorrerà dalla data del pagamento.
 - (i) SE LA DOMANDA CONTIENE ANCHE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATA PER POSTA O PER FAX, DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' O DI EQUIPOLLENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (sono equipollenti alla carta d'identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento rilasciate da un'amministrazione dello Stato, purchè munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente)

Informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003

Preg.mo Dott. /Gentile Dott.ssa

Ai sensi dell'articolo 13 del DLgs 196/2003, Le forniamo le seguenti informazioni, che La invitiamo a **FIRMARE PER RICEVUTA.**

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti:

- a) Ha le seguenti finalità: tenuta dell'Albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge;
- b) Sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatizzato;
- c) I dati saranno comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; inoltre, essendo l'Albo professionale pubblico, i dati in esso contenuti potranno essere diffusi presso chiunque lo richieda e vi abbia interesse.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso alla Sua domanda.

Il titolare del trattamento è questo Ordine dei farmacisti.

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del DLgs n. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo di seguito integralmente.

DLgs n. 196/2003 – Art. 7 – Diritti degli interessati

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

- a) *dell'origine dei dati personali;*
- b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*

- a) *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
- c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

- a) *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
- b) *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

(luogo e data)

(firma)

**ELENCO DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE
DELL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA PADOVA
(prima iscrizione e reinscrizione)**

- Documento d'identità personale **non scaduto**
- Codice fiscale
- TASSA CONCESSIONI GOVERNATIVE: Attestazione del versamento della di € **168,00** sul c/c postale CC.GG. n. 8003 (bollettino prestampato reperibile presso tutti uffici postali) Tipo di versamento: rilascio - codice tariffa: 8617. Nel caso in cui non sia presente in posta il bollettino prestampato, si può compilare un bollettino in bianco (modello TD 123 a tre parti): intestato ad AGENZIA DELLE ENTRATE-CENTRO OPERATIVO DI PESCARA, causale: TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE.
- QUOTA ISCRIZIONE ALBO ANNO IN CORSO:
 - PRIMA ISCRIZIONE:** Attestazione del versamento della quota di prima iscrizione di € **50,00** sul c/c postale n.12367355 intestato all'Ordine dei Farmacisti della provincia di Padova (il bollettino già prestampato si ritira presso la Segreteria dell'Ordine oppure compilare un bollettino in bianco reperibile in tutti gli uffici postali)

oppure

 - REISCRIZIONE:** Attestazione del versamento della quota di prima iscrizione di € **130,00** sul c/c postale n.12367355 intestato all'Ordine dei Farmacisti della provincia di Padova (il bollettino già prestampato si ritira presso la Segreteria dell'Ordine oppure compilare un bollettino in bianco reperibile in tutti gli uffici postali)
- 1 marca da bollo da € **16,00** da applicare nella domanda di iscrizione
- Per il cittadino non comunitario: permesso di soggiorno **VALIDO**
- FACOLTATIVO: 1 fotografia **recente** formato tessera, per il rilascio del tesserino d'iscrizione

ATTENZIONE !!! Si raccomanda vivamente di contattare la Segreteria dell'Ordine - 049 8751910 - prima di procedere ai versamenti o alla compilazione della domanda d'iscrizione.

Si invitano i Sig.ri farmacisti a richiedere, inoltre, tutte le informazioni in merito a ENPAF – ECM - PEC in sede di presentazione dei documenti presso la Segreteria dell'Ordine.